



Número: **0813407-21.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS (AUTOR)	CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60347 050	18/09/2020 21:12	<u>2752332_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01468

CONTA: 000000057094-8

Autenticação:

6957B0DFAFFE1C97977ECF10A9F1E05B8E54ABD62FFB10AF806D8332AAC0A2E



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200514 Cidade: Mossoró Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS Data do acidente: 07/08/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA Perna ESQUERDA (EVOLUIU COM TROMBOSA VENOSA PROFUNDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 10 - CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO DE 07/05/2020 - FCO WILLIAM CARVALHO FERREIRA CRM 1100.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00





COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Av. Marechal Rondon, 100 - Centro, Natal - RN, CEP 59025-260
CNPJ 10.324.196/0001-31 | Ins. Est. E1.2045109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS
CPF: 230 652 664-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE MENDES DARCCHA 54 LOT
SANTA HELENA II

SANTO ANTONIO/ÁREA URBANA
MOSSORÓ/RN
59621-524

0850471991 11/2019

22/11/2019 17/12/2019

163,37

DETALHAMENTO DE FATURA

031102485	UNICA	16/11/2019
18117019	3000462877	01/09/2019

DETALHAMENTO DE FATURA

Consumo Antigo (MW)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acessório Banheiro AVARELA	265,000000	0,06578427	136,48
Acessório Banheira VERNELEIA			1,84
Contribuição Pública Municipal			5,80
Multa por atraso-NF 031156681 - 16/10/19			13,14
Multa por atraso-NF 031156681 - 16/10/19			0,47
Multa por atraso-NF 031156681 - 16/10/19			0,54

TOTAL DA FATURA

163,37

Nº DO REVISOR	TIPO DA FNC	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MESES	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
031102485	CAT	16/10/2019	85.0100		16/11/2019	85.1150	1.55	31	1.00000		229,00

CONSULTA DE LEITURAS	DATA	LEITURA	%	VALOR DO IMPORTE	LIVRE DE DESCONTO	VALOR
NOV/19 255				R\$ 5,19	R\$ 5,19	R\$ 5,19
OUT/19 314	20/08	144,25	1,20	R\$ 25,85	R\$ 22,07	R\$ 22,07
SAB/19 408	05/09	144,25	1,28	R\$ 1,55	R\$ 4,21	R\$ 4,21
AGO/19 510	05/09	144,25	4,83	R\$ 7,24	R\$ 7,24	R\$ 7,24
JUL/19 556						
AGO/19 620						
AGO/19 309						
AGO/19 222						
AGO/19 223						
FEV/19 151						
AGO/19 508						
DEZ/18 495						
NOV/19 482						

4C14 2020 CNPJ ACT5 TA20 CB4-PTDR BCC

NOTA INFORMATIVA
Este documento é gerado automaticamente e não necessita de assinatura. Para conferir a validade da leitura, basta entrar no site www.cosern.com.br e efetuar login com o número de cliente e senha. Caso haja alguma dúvida, entre em contato com a central de atendimento. Pode ser feito gerando um ticket de suporte, através do link www.cosern.com.br. O cliente pode também entrar em contato com a concessionária de energia que atende sua área.

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
INSCRIÇÃO	0,00	5,27	-0,15	21,32	21,32
EDF	0,00	3,23	0,47	12,25	12,25
PCD	0,00	2,86	0,00	0,00	0,00
IPFC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL	12,27	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

CONTADOR	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0850471991	22/11/2019	163,37	163,37	163,37	163,37



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>

Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de **identificação pessoal**, informações acerca da **profissão** e da **faixa de renda mensal**, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão** e **renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sergio Costa de Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.270214-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franisco Tuxuva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 230.652.064-04, do sinistro de DPVAT cobertura em Váliduz da Vítima

Franisco Tuxuva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 230.652.064-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua 06 de Janeiro</u>	<u>3615</u>	<u>Cosav</u>
Brinco	Estado	CEP
<u>Santo Antônio</u>	<u>RN</u>	<u>59611-070</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Reusso</u>	<u>184199538108</u>	

Messias/RN de 12 de 2020
Local e Data

Assinatura do Declarante

GLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 4

Livia Freitas da Silva - 07/08/19
Dá Fazenda de Pernambuco
Sua - Declaro que é o original
do escrito feito em
ano de 2019
não fui eu
Côr. Até de outubro.



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MELO
ESTÁ CONFORME AO ORIGINAL
SAMU MONGÓDORO / 16.08.2019
BEM
NAME / ARONAVIO





Paciente: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do exame: 13/08/2019

Medico solicitante: JOÃO SALDANHA

DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Veia femoral comum, femoral superficial, femoral profunda, poplítea e tibiais com trajetos habituais e calibres preservados.

Sistema venoso superficial e perfurante:

Veia safena magna insuficiente desde a crossa até o terço distal da perna.

O calibre da safena magna é de 0,8 cm na crossa, 0,5 cm no terço distal da coxa e 0,4 cm no terço distal da perna.

Veia safena parva insuficiente em seu terço superior.

Presença de colaterais insuficientes na face medial e anterior da coxa, joelho e perna.

Não foram caracterizadas veias perfurantes insuficientes.

Sistema venoso profundo:

Presença de material não compressível intraluminal visível nas veias tibiais anteriores e nas veias gastrocnêmias.

As demais veias do sistema profundo encontram-se pétivas e compressíveis.

As manobras compressivas e respiratórias demonstraram refluxo significativo acometendo a veia poplítea.

As demais veias do sistema profundo são competentes.

CONCLUSÃO:

Insuficiência da safena magna.

Insuficiência da safena parva.

Insuficiência de varicosidades.

Trombose venosa profunda.

Insuficiência valvular profunda.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.

Dr. Nilson Pedro S. Chaves, CRM 2132

RUA DUODÉCIMO ROSADO, 510 - NOVA BETÂNIA - MOSSORÓ - RN - FONE (84) 3316-3249

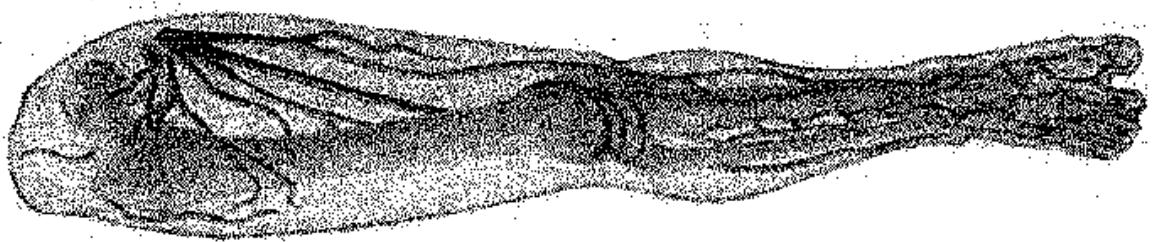
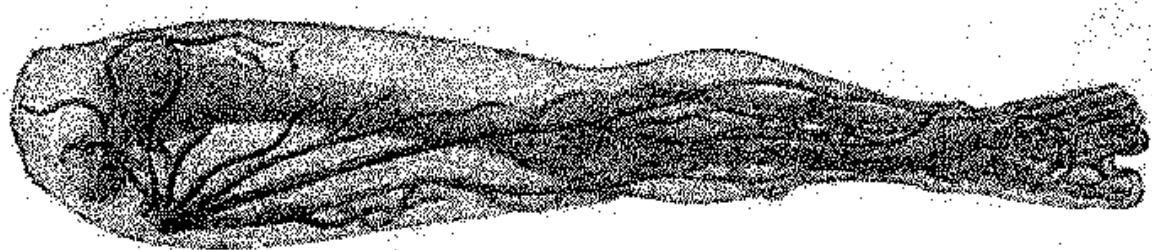


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>

Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 7

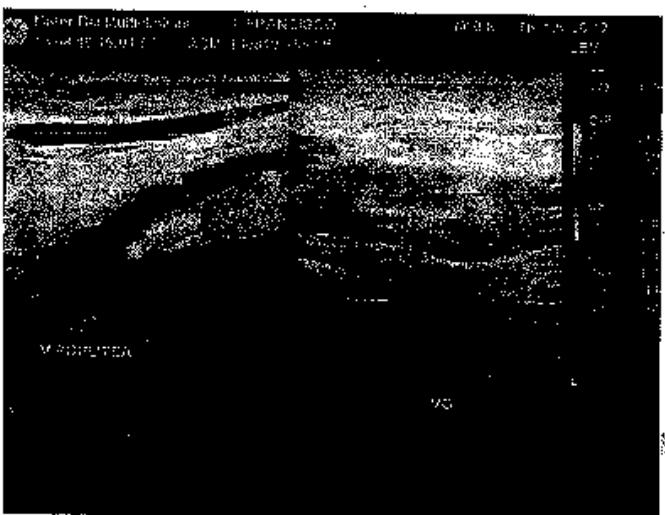
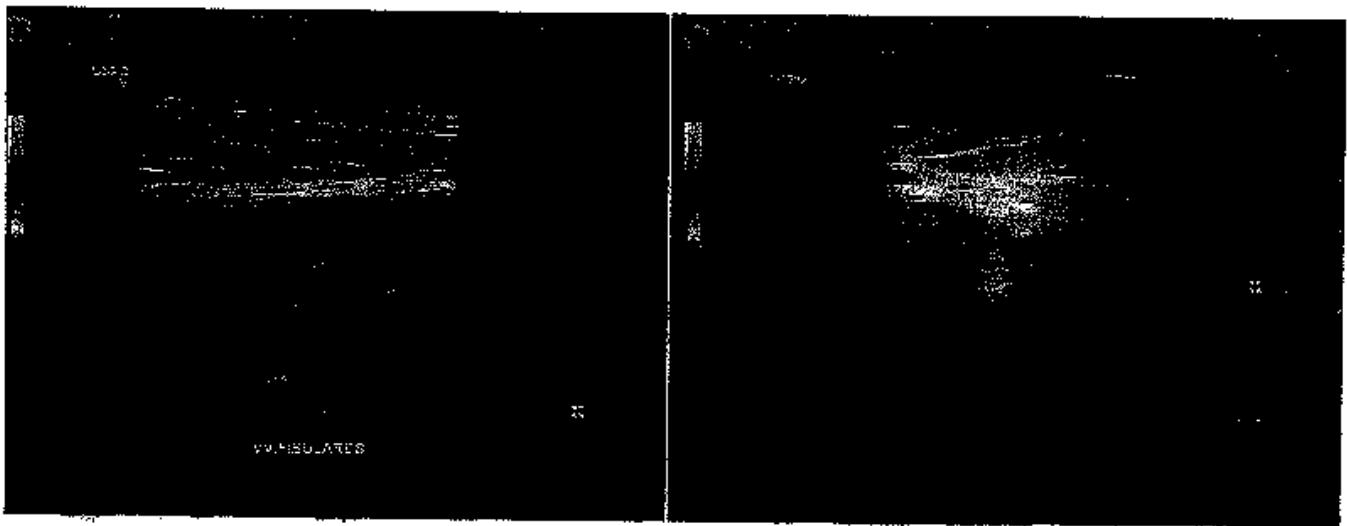
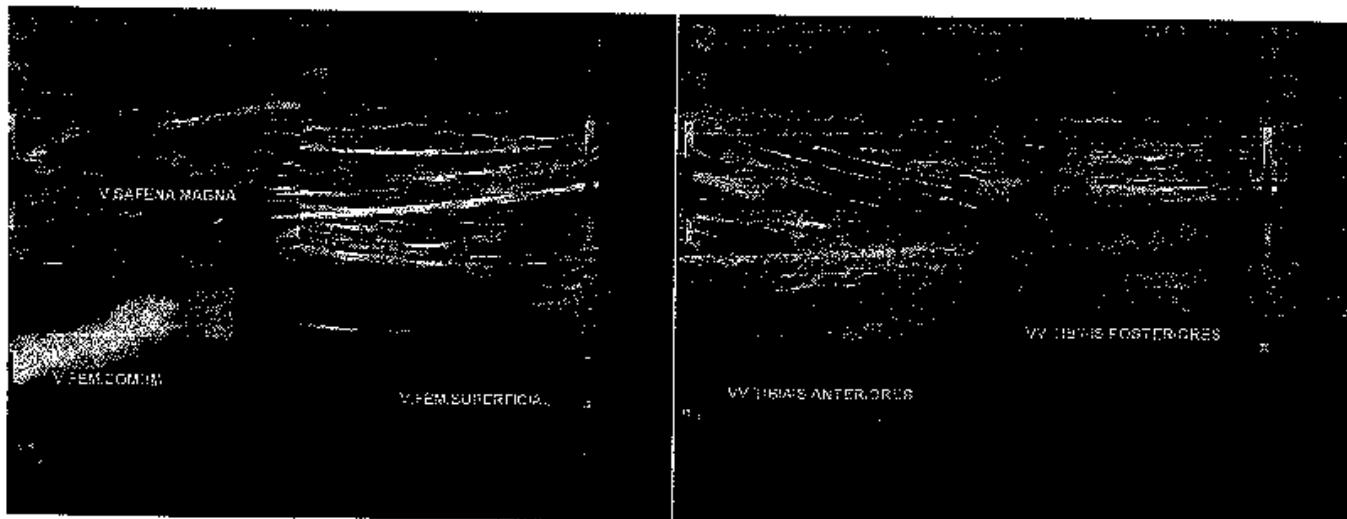


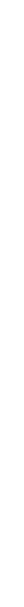
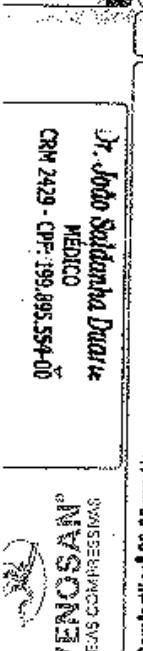
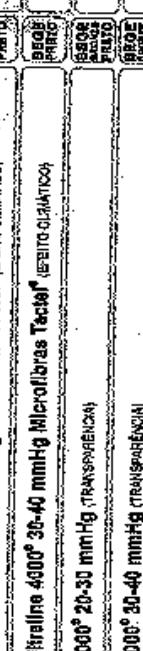
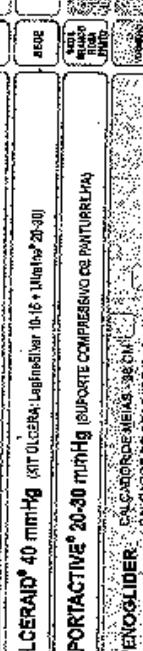
©2012 Centralix



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 8



	VENOSA M®	MÉIAS COMPRESSIVAS
	Comfortline® 20-30 mmHg (tradicional)	
	Comfortline® Cotton 20-30 mmHg (ANTIALÉRGICA)	
	Comfortline® Cotton 30-40 mmHg (ANTIALÉRGICA)	
	Legline® 15-20 mmHg (TRANSPARENTE)	
	Legline® 20-30 mmHg (TRANSPARENTE)	
	Ultraline 4000® 20-30 mmHg Microfibra Tactel® (ESTRUTURA CLIMATICO)	
	Ultraline 4000® 30-40 mmHg Microfibra Tactel® (ESTRUTURA CLIMATICO)	
	8000® 20-30 mmHg (TRANSPARENTE)	
	8000® 20-40 mmHg (TRANSPARENTE)	
	Supportline® soft 18-22 mmHg (MANGA BRANCA)	
	Bluetline® 05® (Pé transparente)	
	AES® antiflemboleia 18 mmHg (PREVENÇÃO ENZOLÍA)	
	ULCERAID® 40 mmHg (TRATAMENTO LINGERIA 10-15 mmHg 20-30)	
	SPORTACTIVE® 20-30 mmHg (SOSTER COMPRESSIVO DE PANTORRILHA)	
	VENOSLIDER® (GORDURA MÉIAS 30 CM)	
	FALCADOR DE BRACINHOS - 40 cm	
		
		
		
		
		

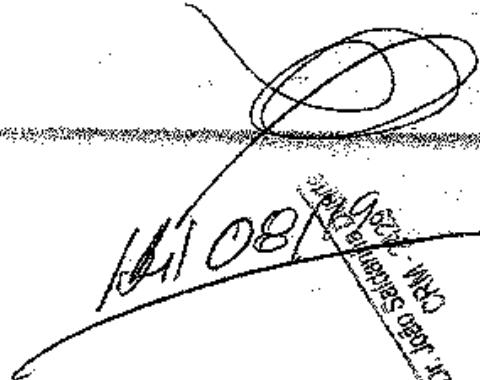
Médico - CRM 2429

1/FCO Terceira de Santa

so int

Xarelto 15 _____ /x

Faz. 10.12/12H (21 dias).





LABORATÓRIO E CLÍNICA EXAME

Rua: Juvenal Lamartine, 151 - Centro - Mossoró/RN

Fone: 84 3061-5792 - 3317-2049

211.65

105.81



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29

<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>

Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 11



SIGA SII

DIRETORIA
GESTÃO

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

KARINETE GOMES
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRALIZADA

ORÇAMENTO



11/00 Token de alta

Xaréto do 20 - 14
~~1000 de~~


08/08/19
CNPJ: 00.000.000/0001-00
CPF: 138.888.888-88



Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTR 149 RJ
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO Médico

O paciente Francisco Texera dos SANTOS, 60 anos de idade, Mecânico.

HISTÓRICO: Em 07.08.2019 sofreu acidente de trânsito, queda de moto. Bolha 6707/2019

DIAGNÓSTICO: Trauma de grande impacto na perna esquerda que culminou com TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP). Foi levado ao HRTM

e seguirá ambulatorialmente, com especialista em Cirurgia Vascular, com persis-

tência dos efeitos: SINAS e SINTOMAS

- a) DOR + edema
b) necessidade de uso de meias elásticas.
c) INCAPACIDADE FUNCIONAL estimada em 50% a Mais.

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Médico do Trabalho
CRM 1160 - MTR 149 RJ

~~POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ~~

Segunda e Quarta - Manhã
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321 6121

~~07-08-2020~~

~~CLÍNICA OITAVA ROSADO~~

Terça, Quinta e Sexta - Manhã
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500



 <small>INTERPRINT LTDA</small>		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MÍNISTERO DA DEFESA DIRETORIA DE POLÍTICAS SOCIAIS LICENÇA DE PESQUISA DE HABITACÃO		
NOOME PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA				
Nº CEDULA DE INSCRIÇÃO 1323267		ITEP 000	DATA NASCIMENTO 08/08/1932	
CNPJ 877.270.214-15		RESIDÊNCIA FRANCISCO DAS CRAGAS NORONHEA LOZIA MARIA ALVES DE CASTRO		
PERMISSÃO 		ACG 	CAHAB 	
Nº REGISTRO 03996339644		VÁLIDA 07/12/2021	EXPIRAÇÃO 08/09/1994	
NOTAS <p>A /</p> <p><i>Pode ser usado como a Noronha.</i></p>				
ASSINATURA DO PORTADOR				
ICCM MOSSORÓ, RN		DATA EMISSÃO 08/12/2016		
<small>ESTADO: RIO GRANDE DO NORTE MUNICÍPIO: MOSSORÓ CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: PN702520714</small>				



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 15



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 078603 Data da solicitação: 20/05/2020
Nome do beneficiário: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF do beneficiário: 230.652.064-04
Nome do solicitante: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF do solicitante: 230.652.064-04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (ddd) Tel. Comercial: (ddd) 99538106 Tel. Residencial: (ddd)
E-mail:
.....

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros:
.....

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DSEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU, FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF: 230.652.064-04, VENHO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT SOLICITAR A REANALISE DO MEU SINISTRO DE NUMERO 3200078603, POIS O MESMO FOI NEGADO SEM TER UMA PERICIA, PEÇO QUE SEJA MARCADA UMA MÉDICA PARA COMPROVAR MINHA SEQUELA.

MOSSORÓ 20/05/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizarla, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Texeira dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Revisor, Data do Acidente 07/01/2019
Cobertura: invalidez, portador(a) do RG 724.334, órgão expedidor
SSP/PI, do CPF: 230.652.064-04 residente no(a)
Rua José Mendes da Rocha nº 14, Cess 6
bairro: Santo Antônio, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15, residente no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

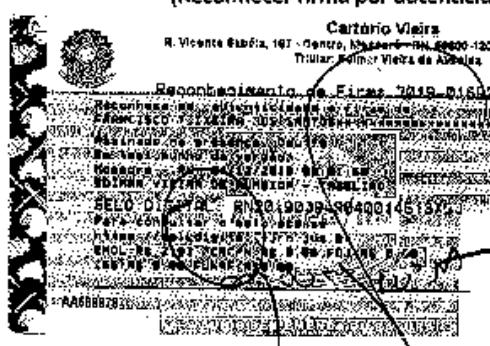
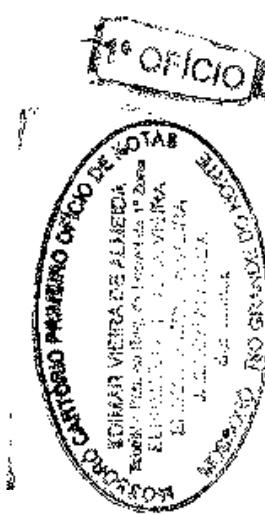
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Missions 04 de Decembre de 2019

Local & Data





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200200514 Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 01815/01816 - carta 01 - INVALIDEZ

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15833099



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009182112289440000057906490>
Número do documento: 2009182112289440000057906490

Núm. 60347050 - Pág. 18



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200200514 Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01531/01532 - carta_02 - INVALIDEZ



00040766

Carta nº 15840638



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 19



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200200514 **Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 07/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 00603/00604 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200200514 Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indeniza

informações abaixo:

Saldo: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidade Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: $35,00\% \times 13.500,00 =$ R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000001468

Conta: 0000057094-8

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **130.652.064-04** | 3 - CPF da vítima: **130.652.064-04** | 4 - Nome completo da vítima: **Franco Teixeira dos Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Franco Teixeira dos Santos** | 6 - CPF: **130.652.064-04**
 7 - Professor: **Ribeiro** | 8 - Endereço: **Rua Jose Ilídio da Rocha** | 9 - Número: **14** | 10 - Complemento: **casa 2**
 11 - Bairro: **Santa Ifigênia** | 12 - Cidade: **Mossoró** | 13 - Estado: **RN** | 14 - CEP: **59601-524**
 15 - E-mail: **Ribeiro** | 16 - Tel.(DDD): **(84) 9953 8106**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **130.652.064-04** | 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEMI RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO | REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Pode haver mais opções)
 Bradesco (297) Itaú (343)
 Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **1468** | CONTA: **57094 8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **1468** | CONTA: **57094 8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT, por motivos patrimoniais, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso dissonante do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro | Casado (no Civil) | Divorciado | Separado judicialmente | Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **26 - Vítima deixou companheiro(a):** Sim | Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim | Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **Falecidos:** Sim | Não | 30 - Vítima teve filhos na infância? Sim | Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim | Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** Sim | Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim | Não.

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário(a) para assinatura

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura do(a) quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: **Mossoró/RN 13-07-2020**
Franco Teixeira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS 1801 V0102/2019





comprovante de transferência entre contas

Itaú

via app Itaú



realizada em 10/07/2020 às 19:18:17

valor:

R\$ 100,00

data da transferência

~~10/07/2020~~

de

~~RAUL SERGIO CASTRO DE NORONHA~~

~~agência 8512 conta 24868~~

para

FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

agência 1468 conta 0057094-8

identificação no extrato

TBI 1468.57094-8

autenticação

56056DFC07212D3509B18EB668E674AD0493395A

conta corrente





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

GDE DOT word 2019

63

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009182112289440>

Número do documento: 20091821122894400000057906490

17. *Termitomyces* (in Brumfitt) see bracket

43 - Assinatura dos Procedimentos (se houver)

СЕМІНАРЫ



AUTOATENDIMENTO - AG MOSSORÓ RN

DATA: 10/02/2020

HORA: 12:26:44

TERMINAL: 05601030

CONTROLE: 056010300417

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1013 / UFRGS / RN

CONTA

: 0011.00028328-7

NOME

: ADRIENE LEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3064 / TERRA DO SAL, RN

CONTA

: 013.00056706-9

NOME

: FRANCISCO T D SANTOS

DATA DE EFETIVAÇÃO : 10/02/2020

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.
A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA DESTINO
E DE 30 MINUTOS

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061433/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 11:13 Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:35
Origem: Data: 22/11/2019
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/08/2019 19:48

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Rio Branco

Bairro: Santo Antônio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Jucurutu Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1960
Profissão: Mecânico de Manutenção
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca Teixeira de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 230.652.064-04

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: José Mendes da Rocha
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98798-6795 (Celular)

Nº: 14

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Véculo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 123.222.814-17	Placa QGZ1691
Renavam 01178828570	Número do Motor KC22E0K031677
Número do Chassi 9C2KC2200KR031675	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Véiculo Rio Grande do Norte
Município Véiculo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN
Modelo HONDA/CG 160 FAN	Véiculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 17/01/2019	Situação do Véiculo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Telixeira dos Santos	Possuidor

Delegado de Polícia Civil:Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 22/11/2019 11:35
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061433/2019

RELATO/HISTÓRICO

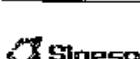
Declarou que conduzia a sua moto quando passou por um buraco na via, perdeu o controle do veículo e sofreu queda da motocicleta; Que, após o ocorrido, montou na sua moto e se encaminhou ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não houve representação criminal nesta delegacia; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1690205
Responsável pelo Aendimento

Francisco Teixeira dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins do direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunar e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Condenação do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Ezezor Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 22/11/2019 11:35
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>
Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 27