

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02828-2

CONTA: 000000016684-7

---

Nr. da Autenticação B1C879FE2C3801AF

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190708149      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS      **Data do acidente:** 07/07/2019      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO NA Perna ESQUERDA, COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM EXTENSA ÁREA DE RETRAÇÃO CICATRICIAL E ATROFIA MUSCULAR NA REFERIDA Perna.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190708149**

**Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000002828-2**

**Conta: 0000016684-7**

**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.

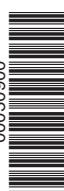
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Admissão: 07/07/2019 23:08:03

## CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (45 a 8 m 29 d)

Nascimento: 09/10/1973

Natural: ACU.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01032982403

Prof:

Mae: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59695000

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94784517

Compl:

Motivo (allegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

OBS:	Classificação:								PESO:	
	07/07/2019 23:04:02								Glasgow	RTS
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.			

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO EM Perna ESQUERDA. CONSCIENTE E ORIENTADA DR VICTOR. BARAUNA.  
Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, trazido pela ambulância sem protocolo. Iniciamente atendida no hospital de Baraúna, onde foram feitos exames. Negou vômitos, ondulação, perda de consciência, onde referiu dor na perna esquerda com perda do nível de consciência. Perdeu os sentidos quando da ambulância (sic).

- A. Vários ferimentos planos + sem hemorragia + sem edema cerebral
- B. MV presente em AHT sem DTA
- C. Hemodinamicamente estável, FC: 65 bpm, TEC e oxig
- D. ECG = 15; pupilas isocônicas + fotonegativas
- E. Ferimento em perna esquerda + queimadura no antebraço direito que não é em local esquerdo.

Diagn. inicial: TRAUMA

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Diuretico			
2. Diprane 500mg/ml, 1ml + 5ml ABT, IV			
3. Sustane com enxerto de placas, curativo			
4. Avaliação da ortopédica			
5. Endovenous x de perna			
<i>anaplerato: perf 1/2 fioferro (2), 1/2 x de gipsar, de fios - A juntas, unidas - pt. longas x 30cm</i>			

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ /19. Hr: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ (Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 11/07/2019

SAME / ARQUIVO

Biza



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

Encaminhado

Endereço: Vila do Sr. Dias  
45 anos - Fêmea - Vm de punho  
Novo horário - apresentando  
lente - coroa e ferite  
Será encaminhado  
Preço Exame: R\$ 0, Corso:

R\$ 40 x 80m = 3200,00  
Rua Expedito Alves - Moinho Novo

**HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO**  
Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN  
Fone: (84) 3320.3920

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MEIRA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 12/07/2019

SAME / ARQUIVO



PREFEITURA MUNICIPAL DE

# BARAÚNA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PODER EXECUTIVO  
GOVERNO DO MUNICÍPIO DE BARAÚNA  
Secretaria Municipal de Saúde Pública  
Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Sobrinho

CONDUTA  
MÉDICA

PACIENTE: EDILEUSA VELOSO DA SILVA DIAS

EST. CIVIL: CASADO(A)

PROFISSÃO: AGRICULTOR(A)

PAI: MANOEL VELOSO DA SILVA

MÃE: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

CARTÃO SUS: 000 0000 0000 0000

ENDERECO: R DAVI SERAFIM

NÚMERO: 177

IDADE: 45

TELEFONE: (84)99206-0035

PRÉ-CONSULTA &gt;&gt; PA: 160 x 80mm PESO: 0

TEMPERATURA:

HGT: 0

SpO<sup>2</sup>: 0

PC: 0

## HISTÓRICO CLÍNICO

Padre Vans Go Condri  
Gasto - farto - febre  
Isa - Carrapato com fest.  
Abdômen; dor; urina

## CONDUTA

OC. testem

DR. HENRIQUE GOMES  
Médico CRM/RN 1178

Nº ATENDIMENTO: 4930667

DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/2019

HORA: 21:44

08:00 - Exame com formato de dor e esco;

AUTORIZADO PARECER DE RADIOPAFTO

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 1.161-RN

12:20 , 08/07/19

Repetido procedimento de sutura em lesão profunda de approximada 15cm na face anterior e lateral da ferma esquerda.

- Anestesia
- Intubação
- União
- Sutura da pele com NYLON 3-0

Prescrição : ① SAT, 5000 UI, IM 12/19  
② Prescrição para casa de ANTIBIOTERAPIA, ANALGÉSICA E ANTIINFLAMATÓRIA

Alta Cir  
Gal

RODRIGO VIEIRAS  
CRM-RN 6488

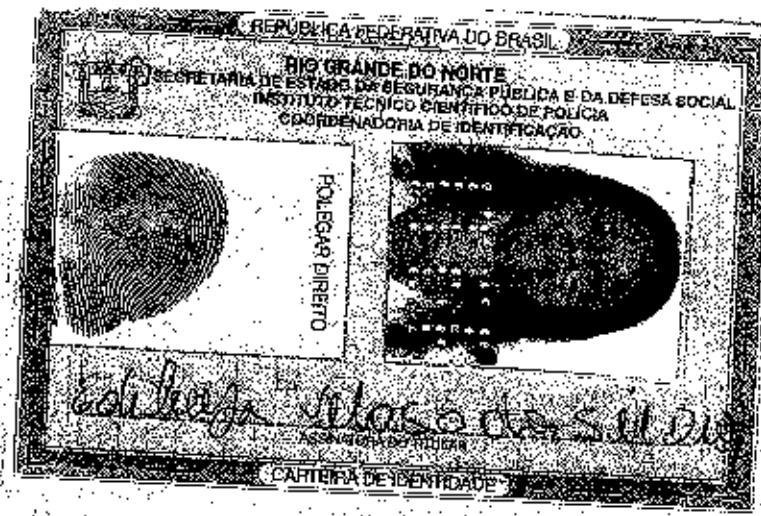
Rommel Vieira  
Cirurgia de Cabeça e Pescoço  
Cirurgia Geral  
CRM-RN 6488

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MDOBORO 12/07/1919

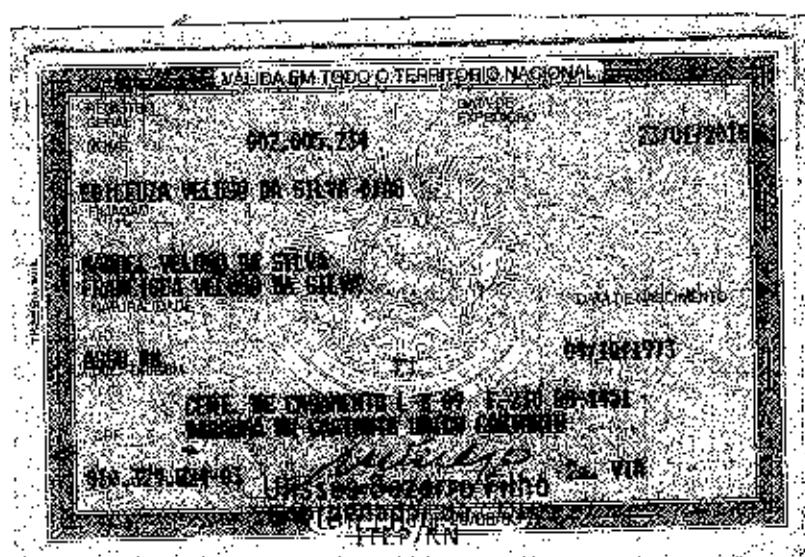
BIM  
SAMU/AMBULÂNCIA

ADMISÃO DE PACIENTE  
DATA: 08/07/1919  
HORA: 12:20:00  
PACIENTE: DR. RODRIGO VIEIRAS

DR. RODRIGO VIEIRAS



$$\sqrt{18}, m^n$$



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-CE

Nº 013547267829

8432651660

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VEÍCULO

013547267829

MOD. BENZINA

RNTRC

01 11525341

0000000000

NOME/ENDERECO

JOSE LIMAIA DA SOUZA

RUA CONCEICO AGOSTINHO, 01564

CENTRO

52000-000 - RUSSAS/CE

CPF/CNPJ: 03203781441

PLACA:

PMJ3422

NOME ANTERIOR

JOSE LIMAIA CENTE

PLACAR/UF:

CHASSI:

224081CHR429969

ESPECIFICO

COMBUSTIVEL

H2S/PILOTICOS/NAO APPLC

GASOL/ALCO

MARCA/Modelo

ANO FAB./ANO M/DO

HONDA ATVR 150 - BRAS - ESD

2017/2017

QNT/PLACAR:

CATEGORIA:

2P/SCM/15200

PEREIO

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

RESERVAS:

MOTOR: 224081H429969

DATA:

08/05/2018

RUSSAS

Lote Porte



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Edileusa veloso da Silva Dias</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>		
PROFISSÃO:	<u>Agricultora</u>		
IDENTIDADE:	<u>002-005-234</u>	CPF:	<u>010-329-824-03</u>
ENDERECO:	<u>Sonador Dinarte Mariz CD-06</u>		

OUTORGADO

NOME:	<u>Francazinha dos chagaz da Silva Dias</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>		
PROFISSÃO:	<u>Agricultora</u>		
IDENTIDADE:	<u>003-033-208</u>	CPF:	<u>098-083-984-05</u>
ENDERECO:	<u>Sonador Dinarte Mariz CD-06</u>		

NOME DA VÍTIMA: Edileusa veloso da Silva Dias  
 DATA DO ACIDENTE: 07/07/2019 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Mozer - RN 3610712019  
 LOCAL E DATA

Edileusa Veloso da Silva Dias  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

REC. DE FTRP: N.º 2019-003065  
 Recomendado para autenticação e firmação:  
**EDILEUSA VELOSO DA SILVA DIAS**  
 Pau E. Rn. 18/07/2019, dia 18/07/2019.  
 SERTO DIGITAL: RNP01908940450060943XN



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458573/19

**Vítima:** EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

**CPF:** 010.329.824-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2019

**Titular do CPF:** EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS : 098.083.984-05

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS : 010.329.824-03

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019  
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS  
CPF: 098.083.984-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190708149**

**Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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, contatos 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190708149**

**Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

**Data do Acidente: 07/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	030 329 824- 03	Edileusa Veloso da Silva Dias	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	(81) 99927-0066

Edileusa Veloso da Silva Dias  
Agricultora  
Rua Senador Dimas Mariz  
Baraúna  
PE  
59695-000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	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"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 À R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SÉM 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 POUPLANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(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 LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO APARECIDADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Palecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima deixou irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Palecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão 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.

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

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Edileusa Veloso da Silva Dias  
 Mossoró - RN 36/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001/MDB/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -  
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 09:57 Data/Hora Fim: 03/09/2019 10:18  
Delegado de Polícia: André Gustavo Videres de Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Baraúna

Data/Hora do Fato: 07/07/2019 21:00

Local do Fato

Município: Baraúna (RN)

Logradouro: NO MOINHO NOVO

Complemento: EM FRENTE AO POSTO DE DENÍLSON

Bairro: CENTRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ ERIMAR DE SOUZA (VITIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade:RN Baraúna

Sexo: Masculino

Nasc: 20/07/1979

Profissão: Marceneiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lúcia Benício Nunes

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1982993

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA GERÔNIMO ROSADO

Nº: 338

Bairro: CENTRO

Telefone: (84) 9654-3920 (Celular)

Nome Civil: EDILEUZA VELÓSO DA SILVA DIAS (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 09/10/1973

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002005234

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA SENADOR DINARTE MARIZ

Nº: 04

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Impresso por: Fábio Stevson Torres de Souza

Data de Impressão: 03/09/2019 10:18

Protocolo nº: Não disponível



Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Videres de Albuquerque

Página 1 de 2

Impresso por: Fábio Stevson Torres de Souza

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 03/09/2019 10:18

Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -  
MOSSORÓ - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Caminhão/Caminhão Trator

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 032.037.814-41

Placa: PMJ8422

Renavam: 01115525341

Número do Motor: KD08E1H429989

Número do Chassi: 9C2KD0810HR429969

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Ceará

Município Veículo: Russas

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização: Denatran 09/05/2016

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

José Erimar de Souza

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRARALHA COMO MOTOTÁXI E QUE NO DIA E HORA CITADO ACIMA ESTAVA FAZENDO UMA CORRIDA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM CAMINHÃO. O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA SEM CAPACETE E QUE SOFREU LESÕES NA PERNAS ESQUERDAS CONFORME EXAME FÍSICO, E QUE A PASSAGEIRA, POR NOME DE EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS SOFREU FERIMENTOS NA PERNAS ESQUERDAS CONFORME EXAME FÍSICO.

ASSINATURAS

Fábio Sterfson Torres de Souza  
Agente de Polícia  
Matrícula: 189.224.0

Assinado pelo: Nenhum(a)

José Erimar de Souza  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins da direita que sou eu (a) (seu nome) responsável pelas informações acima assinaladas e declaro que poderão responder civil e criminalmente pelo presente declaratório que o(s) fizerem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Cível e 360-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do Sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	030 329 824-03	Edileneza Veloço da Silva Dias	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 015/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066		

Edileneza Veloço da Silva Dias  
Agente Motorista  
Centro  
Rua Senador Dinarte Mariz  
Baravina  
Piauí  
59695-000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	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"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do Brasil AGENCIA: 2828      2      CONTA: 16.684      1 <small>(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)</small>		

Autorizo a Seguradora Lider a crediar 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 LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 sujeitar 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, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? Sim      Não	29 - Se tinha filhos, informar quantos? Falecidos: Vivos:	30 - Vítima deixou: Sim      Não	31 - Vítima teve filhos? Sim      Não	32 - Se tinha filhos, informar quantos? Falecidos: Vivos:	33 - Vítima deixou: Sim      Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão 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.

NÃO ALFABETIZADO	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: Mossoró-RN 36/07/2019 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edileneza Veloço da Silva Dias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001/V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 54499 /2019

Admissão: 07/07/2019 23:08:03



## CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (45 a 8 m 29 d)

Nascimento: 09/10/1973

Natural: ACU, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDAS

CNS:

CPF: 01032982403

Prof:

Mãe: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59695000

Bairro: CENTRO

Telefone: 84.94784517

Cidade: BARAUNA

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Oragem: AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

OBS:	Classificação:	PESO:							
	07/07/2019 23:04:02								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO EM PERNAS ESQUERDA. CONSCIENTE E ORIENTADA DR VICTOR. BARAUNA.

Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, trazida pela ambulância sem protocolo. Inicialmente atendida no hospital de Barauna, onde foram feitas curativas. Negou náuseas, vômitos, perda de nível de consciência. Repre da perna esquerda com ferimento profundo (sic).

- A. Vozes ásperas pélvicas + sem consciousness + color cerebral
- B. MV presente em AHT sem PA
- C. Hemodinamicamente estável, FC: 68 bpm, TEC < 30mg
- D. ECG = 15; pupilas isocônicas + gotamegias
- E. Ferimento na perna esquerda + queimadura na antebraço direito + queimadura em joelho esquerdo.

Diagn. Inicial: TDDVMA

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. Drotzepa			
2. Dipirona 500mg/ml, 1ml + Soral ABP, IV	Oral	00:00	
3. Sutura com reforço de plástico, curativa			
4. Aplicação de antisséptico			
5. Sustentação de perna			
<i>anestesiada para cirurgia (2), fixar perna, de juntas. A fliguma, longa - pt. longo e suave.</i>			
<i>(Assinatura do médico)</i>			

\*SAÍDA: ( ) Declaração médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_

Data: 07 / 07 / 19. Hr: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

(Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 07/07/2019

SAME / ARQUIVO

B19a

08:00 - GROWTH COAT FESTIVAL NO 6000 65,000;

AUTORIZADO DIRETO 02 000,00

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 1.181-RN

12:30 , 08/07/19

Revisado PLOCOIMENTO DE SUTURA EM LESÃO PROFUNDA DE APPROXIMADA VENDE 15cm NA FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PELVA ESQUERDA.

- Anestesia
- Antissepsia
- Linha
- Sutura da pele com NYLON 3-0

Prescrição : 12:00  
① SAT, 5000 UI, IM  
② Prescrição para casa de ANTIBIOTERAPIA, ANALGÉSICA E ANTIINFLAMATÓRIO

Foto Cj  
Gal

RODRIGO  
PINHEIRO  
CRM/RN 6328

Roximell Vieira  
Chirurgia de Cabeça e Pescoço  
Chirurgia Geral  
CRM/RN 6328

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ENTRADA CORPORED O ORGANIZADA  
SAME MUSEURO 12.07.1919

BIM  
SAÚDE / ATENDIMENTO

ACADEMIA DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE  
Av. Presidente Tancredo Neves, 1200 - Centro  
Ceará-Mirim - Rio Grande do Norte - CEP 59010-000

www.academiamdn.org.br