

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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000088392-9

Nr. da Autenticação A04EDDA7716115C6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200227252 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 24/01/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO. P1,2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1669 /2020

Admissão: 24/01/2020 11:01:53

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO**Paciente: 56482 - JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA (26 a 1 d)**

Nascimento: 30/01/1994

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 708605581403389

CPF: 10675039436

Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS NASCIMENTO BORGES

Pai: AMTONIO JUSSIER DA SILVA

Logradouro: VILA BRAZILIA, 162

CEP: 59663000

Bairro: SERRA DO MEL

Cidade: SERRA DO MEL

Telefone: 84.87932725

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO**Tipo:** REGULADO**Origem:** AMBULANCIA OUTRO***Empresa:**

OBS: SERRA DO MEL, DRA. ANGELA CRM 10.246

Classificação:**PESO:**

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**Queixas:** FRATURA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO/CARRO.

Dt e Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/01/2020

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:**Assin:****PRESCRIÇÃO:****VIA****HORÁRIO****ASSINT.*****SAÍDA:** () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____

Proc. _____

Data: ____/____/20. Hr: ____:

Médico: _____

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 31 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

67

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 56482 - JUCICLAINTON NASCIMENTO DA SILVA (25 a 11 m 25 d)

Nascimento: 30/01/1994

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 708605581403389

CPF: 10675039436

Prof:

Mãe: MARIA DAS GRACAS NASCIMENTO COSTA.

Pai: AMTONIO JUSSIER DA SILVA

Logradouro: VILA BRAZILIA, 162

CEP: 59663000

Bairro: SERRA DO MEL

Cidade: SERRA DO MEL

Telephone: 84.87932725

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: SERRA DO MEL, DRA. ANGELA CRM 10.246

Classificação:

(PESO:

24/01/2020 10:58:06

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO/CARRO.

Hora: _____;

finds as next us ± 64 cm deep & below

+ superius fuerit TNZ (B)

new results OK

pe care propriu bugetelor formeză &
cei buni buni.

Diagn. Inicial:

[illegible]

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

CID _____ Proc. _____ Data: ____ / ____ /20. Hr: ____ : ____ Médico: _____

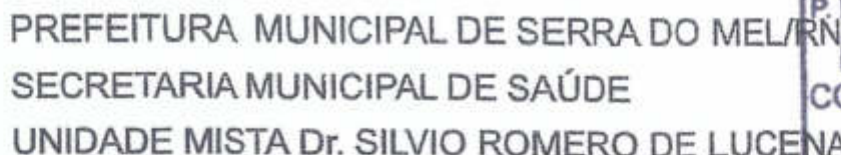
*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 24 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

7. Kennedy P. Roberts
SAME / ARQUIVO

1102. 150.342-0



P. M. SERRA DO MEI
DOCUMENTO
CONFERE COM O
ORIGINAL

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

EM 54101-2312

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: <i>fratura?</i>	CID
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS	MÉDICO: Carimbo/assinatura
SAÍDA DATA/HORA / / ÀS : () ALTA REFERIDA PARA UBS () ÓBITO	
() OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA () ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Do R + Edema + sintomas febril
Tudo evoluiu

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fe + em clin

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção Bacteriana Aguda

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82.5 + S82.6

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

Infecção Bacteriana Aguda

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050497

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paulo Roberto Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2022

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Paulo Roberto Silva
CRM - 4863

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Vão direto



Estado do Rio Grande do Norte
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE MUNICÍPIO DE SERRA DO MEL
AV. Antônio F. de Oliveira, s/n - Vila Brasília- Serra do Mel-RN
Unidade Mista Drº Silvio Romero de Lucena. CNPJ-13.876.864/0001-13
smsserradomel@rn.gov.br - unidade.hospital@gmail.com

RECEITUÁRIA

Encaminhamento

Paciente Jucelairton Nascimento Silva, 25 anos, apresenta dor, edema e limitação funcional em tornozelo esquerdo após acidente em motocicleta às 07:00h. Foi realizada radiografia que apresentou fratura em malão medial. Encaminhado para avaliação ortopédica. Regulado com a supervisão (Guizão) que entrou em contato el Dr. Luiz (ortopedista).

24/01/20

Angela Rafaela
Médica
CRM/RN 10.248

Rua Severiano Lázaro Da Costa, S/n- Vila Brasília - Serrado Mel-RN

Cep:59.663-000-cnpj:13.876.864/0001-13-fone: (84) 3334-0027

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SABE MOSSORÓ 23/01/2020

H. Leonardo S. Pereira
SABE / ARQUIVO

mat. 150.343-0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIRETO

Juliete Borges da Silva Filgueira

CARTeira DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.001.304 06/07/2007

JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA

ANTONIO EDNALDO DA SILVA.
MARIA MARIA BORGES SANTOS

MOSSORO RN 06/11/1989
CERT. DE CASAMENTO L-B-86 F-275 RG-17533
MOSSORO RN-2 CARTORIO

1a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 20.05.83

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014051775896 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 14/08/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 059.751.914-59 PLACA: MYT8133

RENAVAM: 00962104507 MARCA / MODELO: BOMBA/CG 125 PAN

ANO FAB: 2008 CIP TARE: 9 N° CHASSI: 9C2JC30708R577246

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.006/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 00953 Nº 014051775896
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0051.1014.37 ENTRADA: 0019

NOME: JOCKE FERNANDES DA SILVA

CPF / CNPJ: 059.751.914-59 PLACA: MYT8133

PLACA ANT. / LV: MYT8133/RN N° CHASSI: 9C2JC30708R577246

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 14/08/2019

PASSAGEIROS: 1 TIPO DE VEÍCULO: AUTOMOTIVO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA: BOMBA/CG 125 PAN ANO FAB: 2008

CIP / POT / CIL: 007/124 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULARES COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA: 14/08/2019 VENC. / COTAS: 12SEMPRE

FAIXA LTV A: 002811 3K PARC. / COTAS: 12SEMPRE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: P/GO *** ICF (R\$): *** ANO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 14/08/2019

Observação: MOTOR: JC30E18577246

MAQUINA DO PAR. TRANS.

SERRA DO NEY - RJ

Coordenador: Reg. In. de Veículo: 14/08/2019

9.8607-4490

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175845/20

Vítima: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 106.750.394-36

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/01/2020

Titular do CPF: JUCICLAITON
NASCIMENTO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA : 089.687.064-25

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA : 106.750.394-36

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 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: 25/06/2020
Nome: JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA
CPF: 089.687.064-25

JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jucelaiton Nascimento da Silva
Nacionalidade: _____ Est. Civil: solteiro
Profissão: agricultor
Identidade: 002.892.099 CPF: 106.750.394-36
Endereço: Atanias Azevedo da Silva N. 162

OUTORGADO:

Nome: Filipe Borges da Silva Felgueiras
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: Agricultura
Identidade: 000.003.304 CPF: 089.687.064-25
Endereço: Graciliano Ferreira Santos

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima :

Mossoró 18/05/2020

Local e data

Jucelaiton Nascimento da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



SEGURADOR OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN
R. São João, 10 - Centro - Mossoró - RN
CNPJ: 04.412.021-21 E-mail: cartorio@tabeliao.com.br

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
JUCILAITON NASCIMENTO DA SILVA [106.750.394-36]
Confira em: <https://selodigital.jrn.jus.br>
Selo Digital: RN20200949460021600VVT
Mossoró-RN, 18 de maio de 2020 12:27
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã Substituta
Cp: CARLA Eml: 2.83.630N 9.14 TOTAL: 2.97

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200227252

Vítima: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 24/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200227252

Vítima: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 24/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000088392-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 306.750.394-36 4 - Nome completo da vítima: Queirozton Norcimentes da Silva

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

5 - Nome completo: Queirozton Norcimentes da Silva 6 - CPF: 306.750.394-36
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Vila Brasileira 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Serra do Mel 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.663-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 88392 9 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró/RN 20.02.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015991

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/05/2020 09:16:28

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/01/2020 10:30:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA ANTONIA ARRUDA DA SILVA

2.4 CEP: 59.643-434

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUCICLEITON NASCIMENTO DA SILVA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DO NASCIMENTO BORGES

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 10675039436

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 162

3.19 Bairro: VILA BRASÍLIA - SSERA DO MEL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: ANTONIO JUSSIER DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 30/01/1994

3.8 RG: 002892099 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANTONIA ARRUDA DA SILVA

3.18 CEP: 59663000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, horário e local acima informados transitava como condutor, em uma motocicleta Honda CG 125 Fan, Chassi 9C2JC3070BR577246, Renavam 00962104507, Placa MYT 8133/RN, 2008/2008, de cor preta, quando foi surpreendido por um automóvel adentrando na via em alta velocidade e colidiu contra a vítima, que foi arremessada ao solo bruscamente, sendo socorrida por populares e encaminhado primeiramente à Unidade Mista Dr. Silvio Romero Lucena, em Serra do Mel/RN, e em seguida ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: JUCICLEITON NASCIMENTO DA SILVA

Data: 07/05/2020 10:16:03

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DRP DE MOSSORÓ

Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 08/05/2020 08:24:53

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Jucicleiton Nascimento da Silva