



Número: **0811407-48.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
60686 043	29/09/2020 07:17	2753888_CONTESTACAO_Anexo_03

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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:17:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907174895200000058220562>
Número do documento: 20092907174895200000058220562

Num. 60686043 - Pág. 1

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





SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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: MOSSORÓ BRASIL Sexo: F Cor: PARRA

CNS: 708605581403389 Natural: MOSSORÓ:BRASIL CPF: 10675039436 Prof. Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: MARIA DAS GRACAS NASCIMENTO BORGES CPF: 108.750.394-36 Prof: **AMTONIO JUSSIER DA SILVA**

MSC. MARIA DAS GRACAS NAS
Logradouro: VILA BRAZILIA 162

Esgaoduro: VILA BRASILIA, 162
CEP: 59663000 Bairro: SERRA DO MEU

CEP: 59663000 Bairro: SERRA DO MEL
Telefone: 84 87932725 Cepat

Cidade: SERRA DO MEL

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

Tipos: RE

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

QUEIXAS: FRATURA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNозOZO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE MOTO/CARRO

Dt e Hora:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ABNORMAL

Diagn. Inicial:

Assign

*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.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

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

EM 31/10/2020

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO	DATA	9/10/2020	HORA
NOME	Glaciator	IDADE	25 A
DATA DE NASCIMENTO	30/01/1995	CARTÃO SUS	708605581403389
PROFISSÃO	Agropecuário	RG	
ENDEREÇO	Vila Brasil	Nº	
BAIRRO	S. do Mel	ESTADO	TELEFONE
NOME DA MÃE	ASS. SERVIDOR		

ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO

ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

QUEIXAS

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

HAS () DM () ASSINATURA CLASSIFICAÇÃO

ANAMNSE

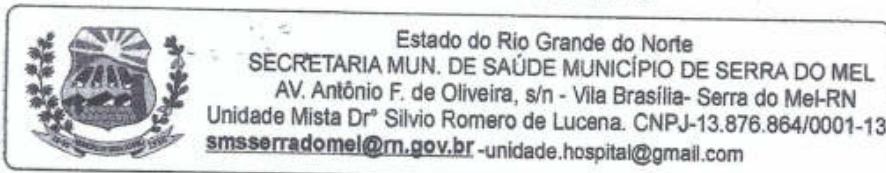
Perante o paciente acidente de motocicleta no proximamente ao meu agente, entrei em sua socorro em Jonâpolis trocado.

EXAME FÍSICO	PESO	TEMPERATURA	C° F.C.	PA 120x80	MMHG FR	HGT
CONDUTA () MEDIDA			() OBSERVAÇÃO		() LAUDO PARA AIH	
1) Voz clara 75mg - cr. corr. 3m					2) Radiográfico	
2) Radiográfico					100% (17:37)	

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO	Fratura?	CID
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLÓGIA () ECG () OUTROS		MÉDICO: Carimbo/assinatura
SAÍDA DATA/HORA	/ /	
() OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA () ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



Viaj. MCTM



RECEITUÁRIA

Enunciado

Paciente Juliedson Nascimento Silva, 25 anos, vagaante deon, deon e dirnitacão punctional em domo qdo segundo vapo validita um motocicleta vdo 07:00hr. fo i realizada exame qçpca qdo agressão fratura em malolo medice. Encaminho para reabilitação ortopédica. Regulado para a reabilitação (fisio) qdo entra em servico el 10h. diaq (ortopédista).

24/01/20

Angela Rafaela
SABDICA
CRM/RN 10.245

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 TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 23/09/2020
L. Lourival S. Pereira
SAME / ARQUIVO
1102 - 150-343-0





SEGURO OBIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014651775896 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

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	2019	14/08/2019
RENAVAM	CPF / CNPJ	PLACA
00962104507	059.751.914-59	MYT8133
ANO FAB.	DATA FAB.	MARCA / MODELO
2008	9	HONDA / CG 125 - FAN
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PNE (R6)	IOF (R6)	CUSTO DO SEGURO (R6)
CUSTO DO BILHETE (R6)		
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.348.606/0001-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN - 00953 N° 014651775896 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	DATA EMISSÃO	RENTR	EXERCÍCIO
1	14/08/2019	00953-014651775896	2019
JOGO	DATA	DATA	DATA
059-75133-3-09	14/08/2019	14/08/2019	14/08/2019
PLACA ANT/ATR	EXERCÍCIO	COMBUSTÍVEL	
MYT8133 / RN	00953-00962104507	00953-00962104507	
HONDA / CG 125 FAN	DATA FAB.	MARCA	DATA FAB.
00953-00962104507	00953-00962104507	00953-00962104507	00953-00962104507
00953-00962104507	00953-00962104507	00953-00962104507	00953-00962104507
IPVA	VALOR	DATA VENC.	VALOR
002811 3K	R\$ 0,00	14/08/2019	R\$ 0,00
PRÉMIO TARIFÁRIO (R6)		IOF (R6)	JUROS TOTAL (R6)
*** TAXAS DE PIS/COFINS		PIS	DATA DE PAGAMENTO
MOTOR: JC30E78577246			
SERRA DO MAR - RJ - Cadastro de Veículos - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/01/2020

Titular do CPF: JUCICLAITON
NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIETE BORGES DA SILVA FILGUEIRA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:17:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907174895200000058220562>
Número do documento: 20092907174895200000058220562

Num. 60686043 - Pág. 10

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José Leiton Nascimento da Silva
Nacionalidade: _____
Profissão: Agricultor Est. Civil: Solteiro
Identidade: 002.892.099 CPF: 106.750.394-36
Endereço: Altamira Acrense da Silva n. 162

OUTORGADO:

Nome: Lilete Borges da Silva Felgueira
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Viúva
Profissão: Agricultora
Identidade: 001.003.304 CPF: 089.687.064-25
Endereço: Gredilhoso Jardim 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 :

Mandado

18/05/2020

Local e data

José Leiton Nascimento da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Firma(s) da:
JUICIAÇÃO NASCIMENTO DA SILVA [106.750.394-36].
Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br> ou
Selo Digital: RN202000949460021660YY7.
Mossoró-RN, 18 de maio de 2020 12:27
Luana Karina Mendonça Fernandes - Tabeliã
Substituta
P. CARLA Email: 26338@GMAIL.COM TOTAL - 2/9





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, 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, 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 158933784

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, 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:

4 - Nome completo da vítima:

306.750.394-36

Juvalton Noronha 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:	Juvalton Noronha da Silva		6 - CPF:	306.750.394-36	
7 - Profissão:	Agricultor	8 - Endereço:	Vila Brasília	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:		Serra do Mel	13 - Estado:	RN
15 - E-mail:			14 - CEP:		59.663-000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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"/> SEM 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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 88392 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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) 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: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário para assinatura

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 20.02.20

X Juvalton Noronha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Lívia Karina Freitas da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

29/09/2020

TESTEMUNHAS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia 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: 59.843-434

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUCICLEITON NASCIMENTO DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: PARDO

3.4 Pai: ANTONIO JUSSIER DA SILVA

3.5 Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DO NASCIMENTO BORGES

3.6 Data de Nascimento: 30/01/1994

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 002892099 - SSP/RN

3.9 CPF: 10675039436

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA ANTONIA ARRUDA DA SILVA

3.17 Número: 162

3.18 CEP: 59663000

3.19 Bairro: VILA BRASÍLIA - SERRA DO MEL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS 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. Sílvio 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 2^ª DRP DE MOS

Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES
Impresso por: WEB em 08/05/2020 08:24:53

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Jucicleiton NASCIMENTO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:17:49

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009290717489520000058220562>

Número do documento: 2009290717489520000058220562

Num. 60686043 - Pág. 15