



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	Tipo
60686043	29/09/2020 07:17	2753888_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:**

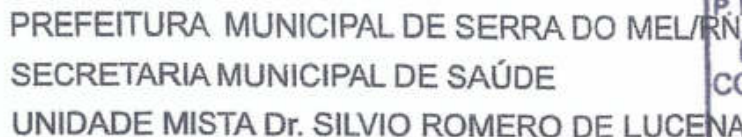
Observações:

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






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

EM 31/01/2020

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO					
NOME	Hacilailon Nascimento Silva			IDADE	35 A
DATA DE NASCIMENTO	08/01/1994		CARTÃO SUS	70860558140338	
PROFISSÃO	Agricultor			RG	
ENDEREÇO	Vila Brasil			Nº	
BAIRRO	CIDADE 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				
ANAMNESE Paciente vítima acidente de motocicleta há aproximadamente 30 min. apresentando dor na cabeça em formato exposto.					
EXAME FÍSICO					
PESO	TEMPERATURA	C° F.C	PA 120 x 80	MMHG FR	HGT
CONDUTA () MEDIÇÃO (.) OBSERVAÇÃO () LAUDO PARA AIIH					
1) Voltar com 15mg - 01 comp. 3m					
2) Radiografias?					
Assinado por _____ Data e hora _____					

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

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

Masculino 1 Feminino 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Do R + Febre + erupção febril
TACE agudo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pe + febre alta

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

pe

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

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. Carlos Roberto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2022

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

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
smserradomel@m.gov.br -unidade.hospital@gmail.com

RECEITUÁRIA

Enxameinhamento

Paciente Jucelaine 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. Enxameinhamento para avaliação ortopédica.
Regulado com a supervisão (Buzica) 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

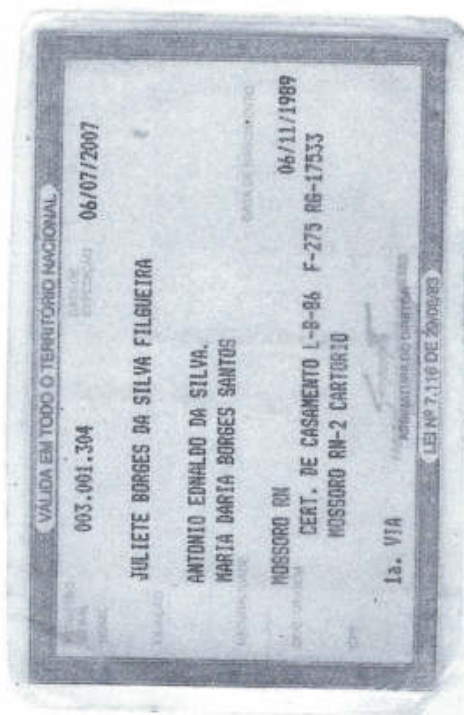
Cep:59.663-000-cnpj:13.876.864/0001-13-fone: (84) 3334-0027

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

H. Leonardo S. Pereira
SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0





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

RN Nº 014951775896 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		DATA EMISSÃO	
2019		14/08/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	059.751.914-59	MYT8133	
RENAVAM	ADARCA / MODELO		
00962104507	BONDA/CG 125-FAN		
ANO FAB.	QNTD. TARR.	Nº CHASSI	
2006	9	9C2JC30708R577246	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO PRÊMIO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.348.606/0001-04			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 00953 Nº 014951775896
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	00962104507	MYT8133/RN	2019
NOME			
JOSE FRAZ DE SA SILVA			
CPF/CNPJ			
059.751.914-59			
PLACA ANT. / UR			
MYT8133/RN			
CHASSI			
9C2JC30708R577246			
EQUIP. T. 125		COMBUSTÍVEL	
PASS. AUTOMOT. 125		GLC. INJ	
MARCA		MODELO	
HONDA/CG 125 FAN		2006	
CAF / POT / CL		CATEGORIA	
000/124 CILINDRADAS		PARTICUL	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
R\$ 0.00		14/08/2019	
FAIXA LTV A		PARC. LTV A	
002811 3R		R\$ ***	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*** TAXAS DETRAN: P/GO ***		DPVAT PAGO	
OBSERVAÇÃO			
MOTOR: JC30R18577246			
MARCA DO PARAFUSO			
SERRA DO RIO			
Carlos Eduardo de Brito			
Coordenador - Reg. Tr. 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
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Data do acidente: 24/01/2020
Titular do CPF: JUCICLAITON NASCIMENTO DA SILVA

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: 002.003.304 CPF: 089.687.064-25
Endereço: Graciliano Ferraz 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)



SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
RUA DE SÃO CARLOS, 11 - CENTRO - ITAIPAVA - PR
CEP: 841-321-0012

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
JUCILAITON NASCIMENTO DA SILVA (106.750.394-36)

Confirma em: <https://selodigital.tjn.jus.br>
Selo Digital: RN202000949460021600VVT.

Mossoró-RN, 18 de maio de 2020 12:27

Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã

Substituta
Op. CARLA Emel: 2.83.620N.2.14 - TOTAL-2.97





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, 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

Carta nº 15893784





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: 306.750.394-36 4 - Nome completo da vítima: Guerlainson 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: Guerlainson 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019





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: 59.843-434

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JUCICLEITON NASCIMENTO DA SILVA

3.3 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. Sílvia 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/RN

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=20092907174895200000058220562>

Número do documento: 20092907174895200000058220562

Num. 60686043 - Pág. 15