

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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 00000067664-8

Nr. da Autenticação 2F4F60C5D07E413D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226998 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 1º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA

PÁG 1

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR-METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO POLEGAR-METACARPO DA MÃO ESQUERDA

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" 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: <i>Jessica Milene de Araujo</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Jessica Milene de Araujo</i>		6 - CPF:	401.092.219-43
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Frei Camilo	9 - Número:	97
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Mesquita	10 - Complemento:	Centro
15 - E-mail:	13 - Estado:	RN	14 - CEP:	59604428
16 - Tel.(DDD): (84) 99.31-7083				

DADOS CADASTRAIS

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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (343) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0560** CONTA: **000067664** **8** (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 de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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/Antecipado Viúvo 24 - Data da morte 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 na cultura (pais/avós)? 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 Lider 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 omisão 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 não rubricado 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 - 1^a Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha
39 - 2^a Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, *Mossoró/RN 28/05/2020*
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Xéférica Milene de Araujo*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)
FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÚMERO DE SEGUIMENTO

TESTEMUNHAS

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: 701.092.314-43 4 - Nome completo da vítima: Jessica Miliana de Araujo

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:	Jessica Miliana de Araujo		6 - CPF:	701.092.314-43		
7 - Profissão:	autônoma	8 - Endereço:	Frei Damiao	9 - Número:	97	
11 - Bairro:	Belo Horizonte	12 - Cidade:	Mossoro'	13 - Estado:	RN	
15 - E-mail:					14 - CEP:	59604-428
				16 - Tel. (DDD):	(89) 999222073	

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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0560	CONTA: 67664	8	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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 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 (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 Lider 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

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: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velasces)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
responso
digitação
áudio ou
interpretac
má informaç

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)

40 - Local e Data,

Mossoro', 09/06/2020
Jessica Miliana de Araujo

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÂNSITO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0301620

I - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Av. Rio Branco	Bairro:	12 Anos
P. Ref.	Republic	Data:	06/03/2020

2 - VÉHICULO V-2

Placa	NNL-5E08	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA/BIZ 125 KS	Ano	2008/2008		
Proprietário	NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA		Nº de Ocupantes	02	
Condutor	NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA		Data de nasc.	13/01/1998	
Endereço	RUA DOM ELDER CÂMARA	Nº 06	Fone	(84) 98854-4034	
Bairro	BELO HORIZONTE	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
CPF nº	707.157.464-21	CNH	*****	Categoria	*****
Local de Trabalho	Inter Brasil Prestadora de Serviços			Validade	*****

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O RUMO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Av. Rio Branco	Em que sentido?	Centro / Belo Horizonte	Em que faixa?	DIREITA
------------------	----------------	-----------------	-------------------------	---------------	---------

Versão do condutor:

"Alega que: Transitava na rua citada, com uma passageira de nome JÉSSICA MILIANA DE ARAÚJO, quando o veículo V-1 não respeitou a placa de PARE, vindo a colidir comigo. Com o impacto fiquei com vários hematomas, e desloquei a clavícula, fui conduzida para o HRTM por uma ambulância dos Bombeiros. Foi apresentado pela condutora do V-2 Certidão de ocorrência dos Bombeiros Nº 008/2020, e Boletim de Atendimento Médico do HRTM Nº 4841/2020.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou celar a verdade como testemuha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em julgo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/ declarante

Nayara Raquel Lima Pereira

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 10/03/2020, na Sede do 2º DPRE.



Nome do Agente que registrou as informações: Deivid Neimar Siqueira de Oliveira

Posto/Graduação	3º Sgt PM	Matrícula	164.197-1	Vistoria	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	-----------	----------	-------	---------	---------

3º Sgt PM Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.197-1

Responsável Pelo Setor de Trânsito do 2º DPRE.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0301620

1 - LOCAL E DATA

Local AV. mo branco Bairro 12 anos
Cidade/UF Mossoró P. Ref. Repúbl
Data 09/03/2020 Hora do acidente 17:10 Hora do registro 17:46 Dia da semana Sexta-Feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KKR1D67 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. VW/ Polo 1.6 Cor Preta Ano 2005 / 2006
Proprietário Igor Maitius de Oliveira N° de Ocupantes 02
Condutor 01 mesmo Data de Nasc. 07/07/1996
Endereço Rua Frei Miguelinho nº 210 Fone 99424793
Bairro 12 anos Cidade Mossoró UF RN
CPF nº 103.717.334-98 CNH nº 07051056857 Validade 21/103/2023 Categoria AB
Local de Trabalho Hiper Galletaria Fone _____
End. _____ Bairro Pannocchia Cidade Mossoró

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNL5E08 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. Honda Biz 125 ks Cor Preta Ano 2022 / 2028
Proprietário Nayana Requel Lima Pereira N° de Ocupantes 02
Condutor 01 mesmo Data de Nasc. 03/03/1998
Endereço Rua bom dezen Camarão nº 06 Fone 88544034
Bairro Balaio Centro Cidade Mossoró UF RN
CPF nº 707.177.464-21 CNH nº N/A Possui Validade - / - / - Categoria -
Local de Trabalho Faculdade Aleixo Dose Fone _____
End. _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Lopes Lins
Em que sentido? Bento/ Beira Mar Em que faixa? direita
Versão do condutor tham. tava no sentido acima citado av
cruzou a av Rio Branco escurto sonegando os
seus lados direito no vercelo.

Assinatura do Condutor do V1 Ailton M. de Oliveira

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? _____ Em que faixa?
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? _____ Em que faixa?
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

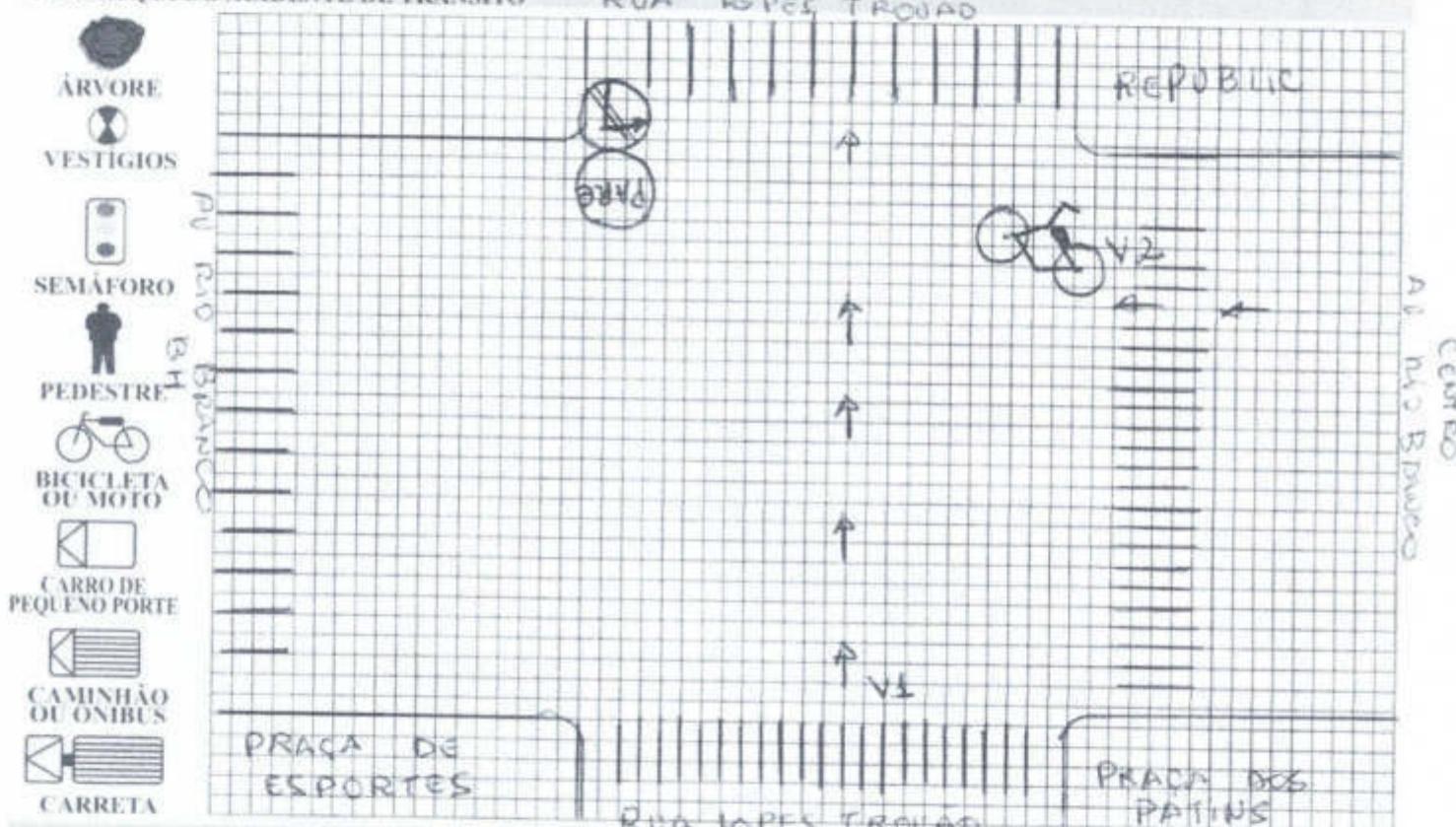
SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? _____ Em que faixa?
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond/ Tempo	Tipo da Pista	Caract/ Pista	Cond/ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>PARE</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>KM/H</u>
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> PLACA PROIBIDO ESTACIONAR
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BLOQUEAR
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 Portas laterais
Dirreta, vidros das portas,



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 Retrovisor
Estriado, arranhões na carenagem lateral esquerda



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN^o CÓD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Até chegar ao local do acidente só havia estacionado no ponto de impacto de V2, não foi possível excluir a responsabilidade de V2, pois o condutor e passageiro morreram em consequência ao momento do golpe sofrido secundárias ao fator maior de risco, a gravidade do acidente. Foi feito auto de infração para V2 devido à mesma não possuir CNH, a moto da mesma foi apreendida e futuramente os familiares que estavam no local do acidente. A-18135196

Nome Completo do Agente Hudson Neimar Siqueira de Oliveira
POSTO/GRAD.: 3ºSgt PM Nº 00.266 Viatura VTR P.RONET Subunid.: 2º DPRE
Local e Data Morada . 06 de março de 2020 Hudson Assinatura do Agente de Trânsito

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

Masculino

Feminino

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

 12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD _____ N° DO TELEFONE _____

 14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD _____ N° DO TELEFONE _____

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Nitina de trauma com dor em box de peligro (E).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de fixação cirúrgica

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

Rx + exame fino

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Nitina de metacorpo

24 - CID 10 PRINCIPAL

562.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04P8 P405B9

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

00/03/2020

- PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

45 - N° DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

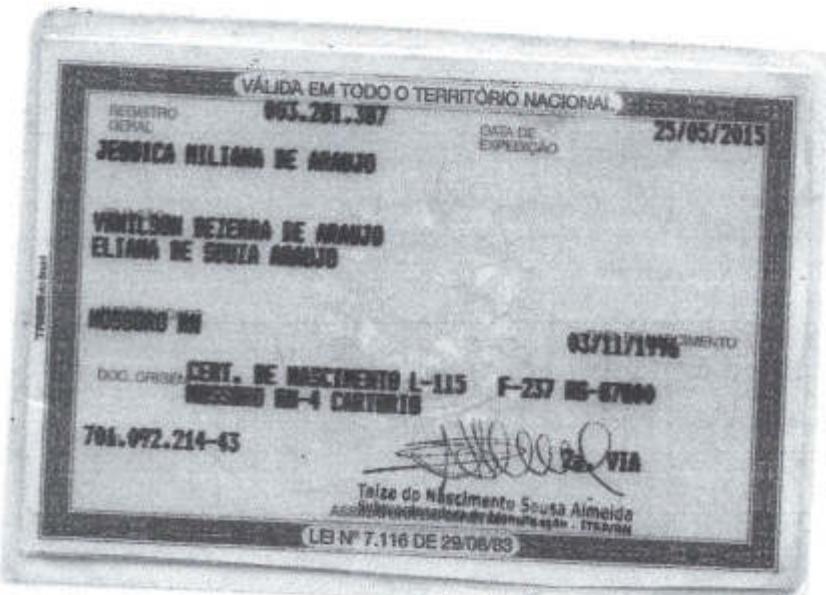
() CNS () CPF

50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ / /



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 015157846430

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	T.R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00989890570	*****	2020
NOME			
NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
707.157.464-21		NNL5E08	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NNL5408/RN		9C2JA04108R063766	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSEIROS/MOTONETA/NAO APLI		GASOLINA	
MARCAS / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 KS		2008	2008
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	PRETA
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	R\$ 0,00	13/05/2020	1º ISENTO
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º ISENTO
A	002005	3X R\$ *****	3º ISENTO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*** TAXAS DETRAN-PAGO *** DPVAT-PAGO			
OSSERAÇÕES			
MOTOR: 9C2JA04108R063766 PORTO OBRIGATÓRIO PARA TRANSFERÊNCIA			
MORRODO/RN		Ostendo Carlos Silveira da Silva Comendador da Ordem de Vassouras DETRAN-RN	
		DATA 11/07/2020	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175600/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

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: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jéssica Miliana de Araújo, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Recepcionista, Data do Acidente 06/03
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 003.281.387, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 301.092.214-43 residente no(a)
Endereço: Frei Daniélis nº 97,
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Alysson Winde de Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: Casado, Profissão: Recepcionista, portador(a) do RG
003.461.882, órgão expedidor ITEP e do CPF: 962.574.044-53 residente
no(a) Sebastião Maij nº 10,
bairro: Vila Belaria, município: Mossoró / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

Mossoró-RN 28-05-2020
Local e Data

Jéssica Miliana de Araújo
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158612/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA : 968.574.044-53

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

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: 05/06/2020
Nome: ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA
CPF: 968.574.044-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175600/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

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: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA