



Número: **0801391-50.2020.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **08/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.045,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO FIRMINO DA SILVA (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62421 524	05/11/2020 09:53	<u>2762126_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000087805-0

Nr. da Autenticação C9035C6A10D3747E



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>
Número do documento: 20110509534757500000059866327

Num. 62421524 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443556 Cidade: Caicó Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA Data do acidente: 29/03/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA. (P5 P6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00





BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
	29/03/2019	23:53:15	229

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME <i>ANTONIO FERMINO DA SILVA</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>11/05/1977</i>	IDADE <i>46A</i>	SEXO <i>M</i>
CPF <i>34707142-9</i>	RG <i>34707142-9/SP</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>205 8054 7228</i>		CARTÃO SUS <i>6636</i>
NATURALIDADE <i>CACO-RI</i>	ESTADO CIVIL <i>SOL+</i>	PROFISSÃO <i>SEGRENT</i>	RÁCIA/COR <i>M</i>	
NOME DA MÃE <i>MARIA DOS SANTOS</i>	NOME DO PAI <i>FERNANDO JOVINO DA SILVA</i>			
ENDERECO <i>R. PRES CASTELO BRANCA N: 103</i>			BAIRRO <i>PADRE VIEIRA</i>	
CIDADE/ESTADO <i>CACO-RI</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>98839-3350</i>		ESCOLARIDADE <i>FUNDAMENTAL INCOMPLETO</i>	
FORMA DE CHEGADA <input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS	<input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR	<input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> OUTRO: _____		

CAMPO 2 – SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: <i>150x80</i> mmHg	FC: <i>111</i> bpm	FR: <i>20</i> irpm	Temp. axilar: <i>26°C</i>	SpO ₂ : <i>98</i> %	Glicemia: _____ mg/dl
------------------------	--------------------	--------------------	---------------------------	--------------------------------	-----------------------

CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	ESCORE DE GLASGOW					ESCORE DE DOR				
				AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
						6	7	8	9	10			
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
REAVALIAÇÃO	REAVALIAÇÃO	REAVALIAÇÃO			HORA		HORA		HORA				
				ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN									

CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

*Cobertura muito curta descreve pelo cliente seu protocolo
Nega cefaléias. Sintomas IS. pupiles 15. sopro diafragma farto*

DIAGNÓSTICO INICIAL

CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: _____
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
IIACE	<input type="checkbox"/> IONOGRAMA	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATÓRIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 25/09/19 INSTIRUIÇÃO RESPONSÁVEL: Y H R S
PACIENTE: Antônio Fábio dos silva DN: 11.105.72.
RG: 34 207.142.9 CPF: 312.631.124-04 SUS: 705 8054 7228 6636
ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M IDADE: 46 TELEFONE: 99913265
PAI: : MÃE: Maria dos Santos
ENDERÇO: presidente castelo Branco, Nº _____
BAIRRO: paulo V.F. CIDADE: Caicó. UF: _____
MÉDICO: Dr S. Filho

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

fel pp- Dif

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Perf

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: Osteot
CID: _____ CODIGOSIA/SUS: 03.03.09.007-3
CIRÚRGIA: _____ CRM: _____
EQUIPE MÉDICA:
AUXILIAR: _____ CRM: _____
Dr. Silvio Santos Filho
Traumatologista
TEOT 9875 CRM/RN 4419

NATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ AUDITOR: _____





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	4. Nº DO PRONTUÁRIO
NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA	028840
CPF: 31263212404	RG: 347071429

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC.	7. SEXO
705805472286636	11/10/51/72	MASC. () FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD	9. TELEFONE DE CONTATO
MARIA DOS SANTOS	RN	999913265
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	R. PRES. CASTEL BRAVO N. 103 - Sítio VZ.	
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF
CACO.		RN
14. CEP:	59300000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
<i>Fest po-Est</i> <i>Reflexo</i>

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
<i>Re</i>

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
<i>Verif</i>
<i>Fest po-Est</i>

18. DIAGNÓSTICO INICIAL:	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
	2478		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	0408060353	
24. CLÍNICA	25. CARATÉR DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
		() CNS () CPF	
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	
Dr. Silviano Santos Pinto	25/4/19	Dr. Silviano Santos Pinto Ortopedista e Traumatologista	
CRM-RN 4414 - 11007-084	PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRABALHO)	OU - VIOLENCIA DOMÉSTICA	
31. () ACID. DE TRABALHO TÍPICO	34. CNPJ DA SEGURADORA	36. S. E	
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR

40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
-------------------------------	--

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ÓRGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

Conforme ...





GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

ANTONIO FARIAS DA SILVA

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

028840

DATA NASCIMENTO:

21.05.1972

SEXO:

M

ENDERECO (Rua, Número)

R. PRES. CASTELO BRANCO - N. 103

BAIRRO:

Prado

MUNICÍPIO:

CAXIAS

UF:

RN

CEP:

59300000

TELEFONE:

999913265

NOME DO PAI:

NAO CONSTA

NOME DA MÃE:

MARIA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL:

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:

(MÉDICA) ORTOPÉDIA
(CIRÚRGICA) PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERRAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

(DE TRABALHO) (DE TRANSITO)
(DE OUTROS FINS) (NÃO)

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Cuel o lomb

Br. *Silvia Santos Pilh*
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4418 - MAT 9678
CPG 931-739-A4-48

INTERRAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA:

25.04.19

HORA

(SIM)

(NÃO)

PROCEDÊNCIA:

CARATÉR DE INTERNAÇÃO:

(ELETIVA) (NORMAL) (EMERGÊNCIA)

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO:

(LIMPO) (INFECTADO) (CONTAMINADO)
(POTENCIAL M. CONTAMINADO)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA: *26.04.19* HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

(HOSPITALAR) (COMUNITARIA) (NÃO)

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

(PROFILATICAMENTE) (NÃO)
(TERAPEUTICAMENTE)

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

(ALTA) (REMOÇÃO) (ÓBITO ATÉ 24 HORAS)
(ÓBITO APÓS 24 HORAS)

SE MOTIVADO SAÍD = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA

(CURADO) (MELHORADO) (INALTERADO) (A PEDIDO)
(ADMINISTRATIVO) (POR INDICIPLINA) (EVASÃO)
(INTER.P/DIAGNOSTICO) (P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE)

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo assinatura)

A MORTE: *Conforme com o óbito*

Livia Karina Freitas da Silva



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Antônio Ciríaco Silveira

Data de nascimento: 11/12/51/72 Idade: 47 Sexo: M F

Nome da Mãe: Maria dos Santos

Número do prontuário: 018440 Cartão do SUS: 405805673146636

Endereço: Rua Presidente Getúlio Vargas, Bento Ruyolz
CEP: 58600-000 - RN Cidade de procedência:

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 25/10/2019

Setor de procedência: Clin. cirúrgica Clin. médica UTI Urgência Enf/Leitos: Urg

Jejum? Sim Tempo de Jejum: _____ Não Tipo de alimentação: _____

Alergias? Sim Quais?

Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? Sim Não NA

Lateralidade?

Direita Esquerda NA

Retirada de adornos e/ou próteses?

Sim Não NA

Uso de marcapasso?

Sim Não NA

Profilaxia para TEV?

Sim Não NA

Comorbidades? Sim Quais?

Transposição do paciente: Maca e mesa niveladas Trava da maca e da mesa cirúrgica

Risco de perda sanguínea? Sim (2 AV/P calibrados) Não

Confere com o Não sim

Cajó - RN, 28/10/2019.

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
INR.153808-0

Sinais vitais: PA: <u>130x80</u> mmHg Glicem: _____ mg/dL Tax: _____ °C	
Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Prontuário? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Transporte seguro até o centro cirúrgico? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Tipo de transporte: <input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	
Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às _____	
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Eduardo Henrique</u> (Assinatura/Assinando)	
Chegada do paciente às <u>13:00</u> Sala de cirurgia nº <u>01</u>	
TRANSP-OPERATÓRIO	
Equipe cirúrgica	
Clirurgião: <u>Dra. Silviano</u>	Cirurgião/Auxiliar: _____
Anestesiista: <u>Dr. Siqueira</u>	Instrumentador: <u>Wolney</u>
Circulante(s): <u>200mls</u>	
Transposição do paciente: <input type="checkbox"/> Maca e mesa niveladas <input type="checkbox"/> Trava da maca e da mesa cirúrgica	
Risco de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim (2 AV/P calibrados) <input type="checkbox"/> Não	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MP): 08.241754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente:	Antônio Luiz da Silva	Nº Registro	Data de Admissão
-------------------	-----------------------	-------------	------------------

Nome do Procedimento Cirúrgico:	Recto de Bix
---------------------------------	--------------

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
25/04/11	13:45h	13:55h	10 min			

Desct
A-449
Recto
curativo

Confere com o Original

Caicó - RN, 28/06/19.

MT-153808-0

Cirurgião
Dr. Silvio Santos Filho
Gastroenterologista • Endoscopista

4º Acompanhante

2º Auxiliar





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 028 840

DATA: 25/09/2019

NOME DO PACIENTE:

Antônio Fornino da Silva

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Lactação

Reflexo

Confero com o Original

Caicó - RN, 28/06/19

MAT-153808-0

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4418 - TIRUT 9828





**HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes**

卷之三

DIAGNÓSTICO

Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84-3421-9630 / 3421-9622

GOVERNO DO ESTADO
SÉRGIO CRUZ. DO NORTE

ADMISSÃO

Carimbo Assinatura do médico

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Centro com a Original

Schwarz

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443556 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA. (P5 P6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249997/19

Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

CPF: 812.631.124-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/03/2019

Titular do CPF: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DOS SANTOS : 596.756.324-53

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

ANTONIO FIRMINO DA SILVA : 812.631.124-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019
Nome: MARIA DOS SANTOS
CPF: 596.756.324-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

MARIA DOS SANTOS

BRENO SANTANA DE ANDRADE



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>
Número do documento: 20110509534757500000059866327

Num. 62421524 - Pág. 12



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 19016446B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 29/03/2019 Hora: 22:15 Município: CAICO/RN
BR: 427 KM: 97,4 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: ROBERTO CARLOS, 1070495

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condicionamento da Pista: Seca
Estrutura Viária: Interseção de Vias	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condicionamento meteorológico: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

NARRATIVA

CONFORME FOI VERIFICADO NO LOCAL DO ACIDENTE, POR VOLTA DAS 22:15H DE 29/03/2019, NO CRUZAMENTO DA BR427(AV. CEL MARTINIANO) COM A RUA CMTE. EZEQUIEL, NO MUNICÍPIO DE CAICÓ /RN, O V1 (MOTONETA TRAXX DE PLACA QGR-1741), CONDUZIDO POR ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA, CPF 812.631.124-04, DE 46 ANOS, NÃO HABILITADO, QUE TINHA COMO PASSAGEIRA A SENHORA GEILDA CAIANA DA SILVA, CPF 605629351-44, DE 45 ANOS, PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2(VW FOX DE PLACAS NNZ4722), CONDUZIDO PELO PE. IVANOFF DA COSTA PEREIRA, CPF 303010504-06, DE 56 ANOS, QUE FAZIA CONVERSÃO À ESQUERDA, TENDO OS OCUPANTES DA MOTONETA CAÍDO NO LOCAL DA COLISÃO E FICADO FERIDOS COM LESÕES GRAVE E LEVE E SOCORRIDOS PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN. NÃO OCORRERAM DANOS RELEVANTES AOS VEÍCULOS, NO ENTANTO, A MOTONETA ESTAVA COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E FOI APREENDIDA PELA PRF. NO HOSPITAL, O CONDUTOR DO V1 RECUSOU-SE A FAZER O TESTE DO ETILOMÉTRICO E SUA COMPANHEIRA AFIRMOU QUE O MESMO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA, TENDO SIDO AUTUADO PELA RECUSA.



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do

191

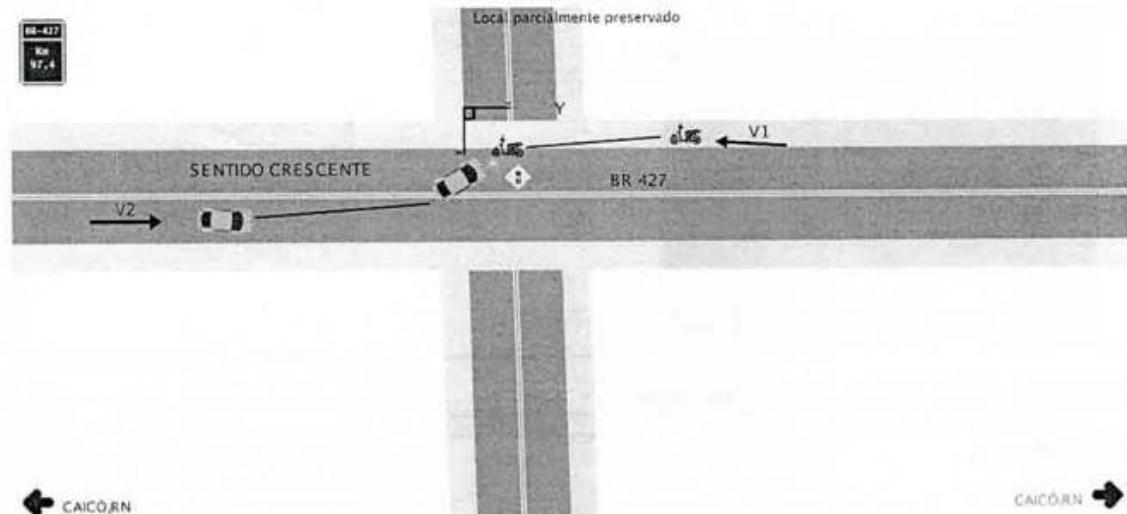


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 19016446B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
VÉRTICE DO PLANO CARTESIANO É A HASTE DO SEMÁFORO	4,60	14,30

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19016446B01



IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - QGR1741 - CICLOMOTOR

V1 - Informações

Placa: QGR1741 Marca/modelo: TRAXX/JL50Q-9

Renavam: 01115884384

Ano fabricação: 2013 Chassi: 951AXKBE0EB000617

Tipo de veículo: Ciclomotor

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: O VEÍCULO TIPO MOTONETA DA MARCA TRAXX DE PLACA QGR-1741

AVANÇOU O SINAL VERMELHO PELO ACOSTAMENTO E COLIDIU

FRONTALMENTE COM O AUTOMÓVEL VW FOX DE PLACAS NNZ-4722 QUE

FAZIA CONVERSÃO À ESQUERDA.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19016446B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / TRAXX/JL50Q-9 Placa: QGR1741 Nº BOAT: 19016446B01
Nome do Agente: ROBERTO CARLOS Matrícula do Agente: 1070495 Data: 29/03/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-12, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19016446B01

V1 - Proprietário

Nome: GEILDA CAIANA DA SILVA

CPF/CNPJ: 605.629.351-34

Email:

Telefone:

Endereço: RUA ANTÔNIO GARCIA, 1084, PARAÍBA, CAICO-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANTONIO FIRMINO DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Data de Nascimento: 11/05/1972

CPF: 812.631.124-04

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: ENVOLVIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ /RN.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA DEVETE NOBREGA, 90, PAULO VI, CAICO-RN

Telefone: Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - GEILDA CAIANA DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: GEILDA CAIANA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/04/1973

CPF: 605.629.351-34

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: ENVOLVIDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN.

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: ALVARO BEZERRA, 1510, METROPOLITANO, CAUCAIA-CE

Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/rota/autenticar>, informando

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19016446B01

V2 - VEÍCULO 2 - NNZ4722 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: NNZ4722 Marca/modelo: VW/FOX 1.0 GII

Renavam: 00308942370

Ano fabricação: 2011 Chassi: 9BWAA05Z0B4162396

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Saindo da via



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>

Número do documento: 20110509534757500000059866327

Num. 62421524 - Pág. 19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 19016446B01



V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / VW/FOX 1.0 GII Placa: NNZ4722 Nº BOAT: 19016446B01
Nome do Agente: ROBERTO CARLOS Matrícula do Agente: 1070495 Data: 29/03/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita		X		
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobel/autenticar>, informando

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19016446B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19016446B01

V2 - Proprietário

Nome: PAROQUIA DE SAO SEVERINO MARTIR CPF/CNPJ: 08.070.468/0022-99
Email: Telefone:
Endereço: PRAÇA JOÃO DAMASCENO BATISTA, TIMBAUBA DOS BATISTAS-RN

V2C - CONDUTOR DE V2 - IVANOFF DA COSTA PEREIRA

V2C - Informações

Nome: IVANOFF DA COSTA PEREIRA Data de Nascimento: 27/06/1962
CPF: 303.010.504-06 Estado civil: Não Informado
Sexo: Masculino Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B Primeira habilitação: 06/09/1986 Nº Registro: 02478498427
UF: RN Vencimento da habilitação: 23/11/2022 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,0 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: R ZECO DINIZ, 1243, CASA, PENEDO, CAICO-RN
Telefone: Email:



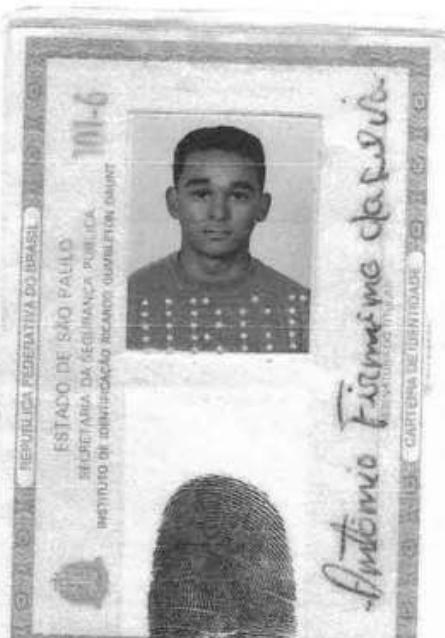
Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 6.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando

191



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011050953475750000059866327>
Número do documento: 2011050953475750000059866327

Num. 62421524 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>
Número do documento: 20110509534757500000059866327

Num. 62421524 - Pág. 24



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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190443556 Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FIRMINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 758

Conta: 0000087805-0

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 812.631.124-04	Nome completo da vítima: ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA	
------------------------	----------------------------------	---	--

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

Nome completo: ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA		CPF: 812.631.124-04
Profissão: VIGILANTE	Endereço: RUA TENENTE DEWET NÓBREGA	Número: 90 Complemento:
Bairro: BOA PASSAGEM	Cidade: CAICÓ	Estado: RN CEP: 59300-000
E-mail: caicoseguros@gmail.com		Tel.: 84-99801-5199

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$13.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) OP. 013	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00087805 0 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, Informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data, **Caicó-RN, 19 de Julho de 2019.**
 Nome: **ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA**
 CPF: **812.631.124-04**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Antônio Firmino da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

