



Número: **0802967-78.2020.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **29/09/2020**

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	
LETICIA MEDEIROS DANTAS (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
62213048	29/10/2020 09:05	2762790_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: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LETICIA MEDEIROS DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000056521-4

Nr. da Autenticação 6AF6C67FB92ADE9B



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200298798 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO DR JOAN JERONIMO

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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298798

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LETICIA MEDEIROS DANTAS

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 dos cotovelos
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: **LETICIA MEDEIROS DANTAS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000758**

Conta: **000000056521-4**

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALYSON LUIZ JERÔNIMO DAMASCENO inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.102.364 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LETÍCIA MEDEIROS DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.709.164 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima LETÍCIA MEDEIROS DANTAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.709.164 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA CORONEL BEMBEM		Número 169-A	Complemento
Bairro PARAÍBA	Cidade CAICÓ	Estado RN	CEP 59.300-000
Email caicoseguros@gmail.com		Telefone comercial(DDD) 84-99801-5199	Telefone celular (DDD) 84-99801-5199

CAICÓ RN, 20 de AGOSTO de 2020.

Local e Data

ALYSON LUIZ J. DAMASCENO
Assinatura do Declarante



20/08/2020

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0	 COSERN www.cosern.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 064 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JAILMA MEDEIROS DANTAS CPF: 023.289.834-05 NIS: 15182239647	DATA DE VENCIMENTO 12/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/08/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/08/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 046278493 Série: U	CONTA CONTRATO 007010241493 Nº DO CLIENTE 3000580345 Nº DA INSTALAÇÃO 0000115473
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CORONEL BEMBEM 169 A PARAIBA/ÁREA URBANA 59300-000 CAICÓ RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		RESERVADO AO FISCO 0F46.2579.999C.DF48.2D22.2FC7.ABED.DD53	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11459938	3,43
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19644065	13,75
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	113,00	0,29466098	33,29
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11244105	3,37
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19275609	13,49
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	113,00	0,28913414	32,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,25
ICMS-Parcela Subvencionada			8,33
TOTAL DA FATURA			119,58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
100,00	18,00	18,00	100,00	1,24	1,24
			100,00	5,69	5,69

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,06602390	AGO 20	213
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,14746880	JUL 20	366
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,22120290	JUN 20	286
Consumo-TE até 30 kWh	0,08440550	MAI 20	251
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14470290	ABR 20	260
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,21705380	MAR 20	283
		FEV 20	241
		JAN 20	314
		DEZ 19	303
		NOV 19	282
		OUT 19	288
		SET 19	174
		AGO 19	189

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	35,97 35,97
Transmissão	4,92 4,92
Distribuição (Cosern)	25,65 26,63
Encargos Setoriais	8,91 8,91
Tributos	24,93 24,93
Perdas de Energia	6,72 6,72
TOTAL	100,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
90000000001576127	CAT	06/07/2020 35.729,00	05/08/2020 35.942,00	30	1,00000	0,00	213,00		
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/09/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jun/2020					
DIC-Nº de horas sem Energia	CAICÓ	0,00	5,43	18,88	21,73
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,95
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,11	0,09	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,80					
Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! Mantenha materiais de construção: rua pedro velho, centro / supermercado serido: rua januncio felix da silva, 848, centro. Lista completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 47,11. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MINIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MINIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MINIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI:

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010241493	08/2020	0,00	12/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/10/2020 09:05:09

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102909050936900000059670048

Número do documento: 20102909050936900000059670048

Num. 62213048 - Pág. 5



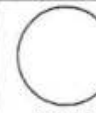
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Ielécia Freitas Fontes

Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, 574
Paulo VI - Cuiçá-RN | Contatos: 54 3421-9630 / 3421-9625
CNPJ: 08.241.754/0135-57

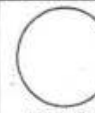


GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - PRONTO SOCORRO	HORA DE ENTRADA
--	------------------------

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO				DATA <i>CM 30.08.20</i>		HORA DO PREENCHIMENTO <i>10:21</i>		Nº ATENDIMENTO <i>36</i>	
CAMPO 1 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO Este Campo deve ser preenchido pelo Enfermeiro responsável pelo ACCR									
PA <i>110x70</i> mmHg	FC <i>65</i> bpm	FR <i>19</i>	lrpm	T. Axilar	°C	SpO2 <i>96</i> %	Glicemia	mg/dl	
 VERMELHO	 AMARELO	 VERDE	 AZUL	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR		
AO				RV	RM	AP	TOTAL	1	2
								6	7
								8	9
								10	
HISTÓRIA BREVE								HORA	
<i>Pto. presente de queda de moto.</i>									
MEDICAÇÕES EM USO									
ALERGIAS									
COMORBIDADES									
REAValiação								HORA	
								<i>Clarissa G. de Araújo</i> Enfermeira COREN/RN 475897-ENR ENFERMEIRO PLANTONISTA	

CAMPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Este Campo deve ser preenchido por extenso, completo, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME/NOME SOCIAL <i>LETICIA MEO SANTOS</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>09.07.96</i>	IDADE <i>23</i>	SEXO <i>F</i>
CPE <i>702.709.164.07</i>		RG <i>2914070</i>		CARTÃO SUS <i>700102953513012</i>
NATURALIDADE <i>SÃO J. SABUGI</i>		NOME DA MÃE <i>JAILMA MEDEIROS DANTAS</i>		
ENDEREÇO <i>R. COL. BEM BEM 169</i>		BAIRRO <i>PARAIBA</i>		
CIDADE/ESTADO <i>CAICÓ</i>		TELEFONE		
FORMA DE CHEGADA				
☐ ESPONTÂNEA ☐ SAMU ☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ OUTRAS: _____ ☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ AMBULÂNCIA/CONVÊNIO				

CAMPO 3 - AVALIAÇÃO KANBAN Este Campo deve ser preenchido pelos Enfermeiros responsáveis pelas áreas assistenciais (verde, amarelo, vermelho)					
 VERDE	 AMARELO	 VERMELHO	REAValiação	HORA	
KANBAN I	KANBAN II	KANBAN III			
ATE 6 HORAS	6 À 24 HORAS	> 24 HORAS			
OBSERVAÇÃO NIR			REAValiação	HORA	



CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO			
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico plantonista			
histórico contínuo			
DIAGNÓSTICO INICIAL			HORA
CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS			
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico plantonista			
HORA DA SOLICITAÇÃO	HORA DA ENTREGA	HORA DA SOLICITAÇÃO	HORA DA ENTREGA
☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS ☐ TGO + TGP ☐ GLICEMIA ☐ ECG ☐ UREIA + CREATININA ☐ CKMB + CPK ☐ AMILASE ☐ OUTROS: _____ ☐ COAGULOGRAMA ☐ TROPONINA ☐ EAS _____ ☐ GASOMETRIA ARTERIAL ☐ IONOGRAMA ☐ PCR		GRAU X: <u>Anterior e AP</u> ☐ TOMOGRAFIA: _____ ☐ OUTROS: _____	
CAMPO 6 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
Este Campo deve ser preenchido pelos Enfermeiros responsáveis pelas áreas assistenciais (verde, amarelo, vermelho)			
☐ SUTURA - QUANT: _____ ☐ PARACENTESE ☐ LAVAGEM GÁSTRICA ☐ RETIRADA CORPO ESTRANHO ☐ SNG/SNE - QUANT: _____ ☐ SONDAGEM VESICAL ☐ CURATIVO SIMPLES - QUANT: _____ ☐ DRENAGEM ABSCESSO			
CAMPO 7 - PRESCRIÇÃO MÉDICA			
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico plantonista			
Ao Otorrinolaringologista (Tratamento com corticóides?)			
MÉDICO PLANTONISTA/CRM		RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN	
CAMPO 8 - PARECER DO ESPECIALISTA			
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico parecerista			
HORA DA SOLICITAÇÃO		HORA DA ENTREGA	
CAMPO 9 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE			
Este Campo deve ser preenchido pelos Enfermeiros responsáveis pelas áreas assistenciais (verde, amarelo, vermelho)			
☐ ALTA MÉDICA ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ INTERNAMENTO ☐ EVASÃO ☐ ÓBITO		HORA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
OBSERVAÇÃO:		DATA	UNIDADE DE DESTINO:
			CIDADE:





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTOPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/2020 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: V. H. R. S.
PACIENTE: Letícia Hederes Dantas DN: 09.107.96
RG: 2114070 CPF: 402.709164-07 SUS: 400.102953513017
ESTADO CIVIL: Casada SEXO: IDADE: 23 TELEFONE: 99244280
PAI: Anderson Dantas MÃE: Jailson Hederes Dantas
ENDEREÇO: R. Logomel Bemben Nº 269
BAIRRO: Paraisópolis CIDADE: Currais UF: RN
MÉDICO: Dr. João
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura - luxação do cotovelo e

PROCEDIMENTO INDICADO:

Revisão cotovelo

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: 1º e 2º - redução e fixação
CID: CODIGOSIA/SUS: 0303090227
EQUIPE MÉDICA: CIRURGIÃO: Dr. João CRM: _____
AUXILIAR: CRM: _____

ATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ AUDITOR: _____





RECEITUÁRIO

Leifiane M. Dantas

Rp

Solicita:

Rx do Café e

APcA

comf/2

uso int

1. Arfrasil 160 clx

Forar cl 4 vo, 12/12

folha gessada
outra-pelica

30/06/20

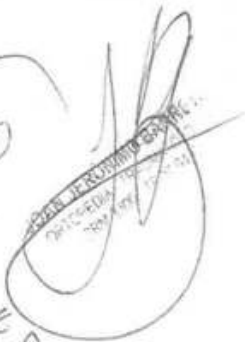
Reforma: 14/07/20

7:00

Reforma: 14/07/20

Rx do Café e

APcA



Handwritten signature

Reforma: 04/08/20

7:00

Rx do Café e

APcA

Handwritten signature





RECEITUÁRIO

P/ Leticia M. Dantas

Alta do tratamento
p/ fratura da
cabeça do rádio e

Apreensão Lini
feça leve das un-
guentas do
cotovelo em con-
sequência do seu
acidente.

04/08/20

JOAN JERÔNIMO BARRETO
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3360 - SP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 PARTIDÁRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

002379423 ITDP RN

068.102.364-30 DATA NASCIMENTO: **29/01/1990**

FILIAÇÃO: **FRANCISCO ASSIS DAMASCENO**
LUCIENIDE JERONIMO DAMASCENO

PERMISSÃO: **0000000000** CAT. NAS: **AD**

Nº REGISTRO: **04506437446** VALIDADE: **05/11/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **01/04/2009**

OBSERVAÇÕES: **NAR**

ALYSON LUIZ J. DAMASCENO

LOCAL: **CAICO, RN** DATA EMISSÃO: **08/11/2019**

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

65451474015
RN706665058

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1929407619

PROIBIDO PLASTIFICAR
1929407619



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
LETICIA MEDEIROS DANTAS

DOC. IDENTIDADE / CDS. MOTORIST
2914070 SSP RN

CPF
702.709.164-07

DATA NASCIMENTO
09/07/1996

PAIS
LINDOMAR DANTAS

PAIS
JATIMA MEDEIROS DANTAS

PERMISSAO
ACC CATIMA

Nº REGISTRO
05436184271

VALIDADE
31/03/2020

1ª HABILITACAO
17/08/2015

Observações

Leticia Medeiros Dantas

LOCAL
CAICO, RN

DATA EMISSAO
26/08/2016

89480618785
RN702464201

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1284221869

PROIBIDO PLASTIFICAR
1284221869



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234265/20

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

CPF: 702.709.164-07

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 30/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LETICIA MEDEIROS DANTAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO : 068.102.364-30

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

LETICIA MEDEIROS DANTAS : 702.709.164-07

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: 20/08/2020
Nome: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO
CPF: 068.102.364-30

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Letícia Medeiros Dantas, brasileira, casada, autônoma, residente e domiciliada na Rua Coronel Bembem, 169-A, Paraíba, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, inscrita no CPF/MF 702.709.164-07 e, portadora do RG nº 2.914.070 – SSP/RN - telefone nº 84-99924-4280.

Outorgado (a):

Alyson Luiz Jerônimo Damasceno, brasileiro, casado, militar, residente e domiciliado na Rua Coronel Bembem, 169-A, Paraíba, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, portador do RG 2.379.423 – SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.102.364-30, telefone 84-99880-3481

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu (ua) bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, ao pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito, **Letícia Medeiros Dantas**, ocorrido em 30.06.2020, por volta das 09:25 horas, conforme registro do **BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.**, em anexo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o (a) outorgado (a) dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Caicó-RN, 20 de Agosto de 2020.

Letícia Medeiros Dantas

Outorgante
CPF Nº. 702.709.164-07.

OBS: Reconhecer firma em cartório por Autenticidade Verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234265/20

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

CPF: 702.709.164-07

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 30/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LETICIA MEDEIROS DANTAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO : 068.102.364-30

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

LETICIA MEDEIROS DANTAS : 702.709.164-07

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: 20/08/2020
Nome: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO
CPF: 068.102.364-30

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA





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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298798

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LETICIA MEDEIROS DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16054405





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 ASI: _____ CPF da vítima: 702.709.164-07 Nome completo da vítima: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS

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

Nome completo: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS CPF: 702.709.164-07

Profissão: AUTÔNOMA Endereço: RUA CORONEL BEMBEM Número: 169-A Complemento: _____

Bairro: PARAÍBA Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel(DDD): 84-99801-5199

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

OP. 013

AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00056521 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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.

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.

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? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, Caicó-RN, 20 de Agosto de 2020.

Nome: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS

CPF: 702.709.164-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/10/2020 09:05:09

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102909050936900000059670048

Número do documento: 20102909050936900000059670048



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 01337

1 - LOCAL E DATA

Local RUA OLEGARIO VALE Bairro CENTRO
Cidade/UF CAIEN/RN P. Ref. PERDA MODA INTIMA
Data 30/06/2020 Hora do acidente 09:25 Hora do registro 09:35 Dia da semana TERÇA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☒ - Outro(s) TOMBAMENT

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi M2J-9A11 Cidade CAIEN UF RN
Marca/Mod. HONDA / B12 125 ES Cor ROSA Ano 2010 / 2010
Proprietário LETICIA MEDEIROS DANTAS N° de Ocupantes 01
Condutor LETICIA MEDEIROS DANTAS Data de Nasc. 09/07/1996
Endereço RUA DEL. REMBEM N° 169 Fone 84 99924-4280
Bairro PARAIBA Cidade CAIEN UF RN
CPF N° 702 703 164 - 07 CNH N° 064391842 71 Validade 31 / 03 / 2020 Categoria AB
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ 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 N° _____ CNH N° _____ 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 _____
Cidade _____



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/10/2020 09:05:09

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102909050936900000059670048>

Número do documento: 20102909050936900000059670048

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? OLEGARIO VALE

Em que sentido? PAULINOS SUPERMERCADO - FEIRA LIVRE Em que faixa? CONTRA-MÃO

Versão do condutor DISSE QUE TENTOU ESTACIONAR SEU V1, MAIS AO TENTAR ARIONAR O DESELANÇO CENTRAL O MESMO PRENDEU EM SUA SANDALIA VINDO A PERDER O CONTROLE E SEU V1 CAIR POR CIMA DO DEPOENTE.

Assinatura do Condutor do V1

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



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Aclive Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulina	☐ Cascalho	☐ Aclive Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Entameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☒ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno	☐ _____	☐ _____
			☐ Entroncamento	☐ _____	☐ _____
			☐ Bifurcação	☐ _____	☐ _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

SEM AVARIAS



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HRS Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG N° _____ 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 N° _____ 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 N° _____ 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 N° _____ 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 N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ N° _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A VERSÃO DOS CAMPOS 7 E 11 DESSE BOAT CORRESPONDE A MESMA PESSOA
 O CONDUTOR DO V1 SOFREU POSSÍVEL LUPHARÃO NO BRAÇO ESQUERDO E NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR ESTE BOAT.
 O VEÍCULO DA VÍTIMA PERMANECER NO LOCAL DO ACIDENTE FILANDO DE ALGUÉM VIA BUSCA - LO POSTERIORMENTE

Completo do Agente: DIAROS ANTONIO DE SOUSA





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 ASI:	CPF da vítima: 702.709.164-07	Nome completo da vítima: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS		CPF: 702.709.164-07
Profissão: AUTÔNOMA	Endereço: RUA CORONEL BEMBEM	Número: 169-A
Bairro: PARAÍBA	Cidade: CAICÓ	Estado: RN
E-mail: caicoseguros@gmail.com	CEP: 59300-000	Tel.(DDD): 84-99801-5199

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00056521 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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.

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.

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? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Local e Data, Caicó-RN, 20 de Agosto de 2020.
Nome: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS
CPF: 702.709.164-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/10/2020 09:05:09

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102909050936900000059670048

Número do documento: 20102909050936900000059670048