
Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599658

Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Data do Acidente: 25/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599658

Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Data do Acidente: 25/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599658

Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Data do Acidente: 25/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RARIEDSON MORAIS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000727-7

Conta: 0000037985-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

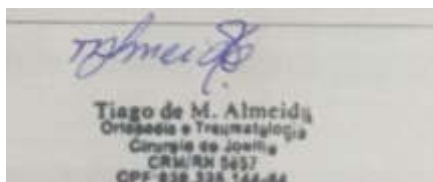
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190599658
Nome do(a) Examinado(a): Rariedson Moraes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Tv Sao Pedro, 74 A
Centro Joao Camara RN CEP: 59550-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002657251
Data local do acidente: [25/08/2018]
Data local do exame: [31/10/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
ACIDENTE DE MOTO, APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CIRÚRGICO
Data da Alta: 10/09/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| TORNOZELO - Lado Direito | |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA JOAQUIM ROGERIO, 270, CNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 12019163000685
1.2 Data de Expedição: 21/05/2018 12:28:13
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/08/2018 15:30:00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumo
2.4 Estante: Não
2.5 Assento: Empregado(s). Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RUA DO MATADEIRO
2.8 Número: 00
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: PROX A IGREJINHA
2.12 Bairro: BARRIO
2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RAYFISON MORAIS DA SILVA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: RONALDO FRANCISCO DA SILVA
3.5 Estado: Sem Informação
3.6 Mãe: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS
3.6 Sexo: Masculino
3.7 Orientação Sexual:
3.8 CPF:
3.9 Idade:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 23/05/1963
3.13 Profissão: ASG
3.14 RG: 002657251 - ITP/RN
3.15 Telefone(s): 84 9 1744100
3.16 Passaporte:
3.17 Número: SIN
3.18 Naturalidade: JOÃO CÂMARA RN
3.19 Bairro: VILA NOVA
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: TRAVESSA SAO PEDRO
3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: SC2JC4110AR618452
7.1.4 Renavam: 00215908708
7.1.5 Placa: MEL1894
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.9 Ano de Modelo: 2010
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.12 Tipo de veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: FANDRIL VICENTE SILVA DE LIMA
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: RAYFISON MORAIS SILVA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE AFIRMA QUE NO DIA, DIA E LOCAL JA MENCIONADO NESTE B.O. ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTO, QUE, AO TENTAR DESVIAR, O PNEU DIANTEIRO PEGOU NO MEIO FIO E O COMUNICANTE CAIU, QUE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE JOAO CAMARA E NO DIA SEGUIDA FOI ÀTE O HOSPITAL WILFREDO GURGEL EM NATAL, QUE O COMUNICANTE TEVE SEU TORNOMELO ESQUERDO QUEBRADO EM DOIS LUGARES E PRECISOU FAZER CIRURGIA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

O COMUNICANTE AFIRMA QUE NAO TIEM OMBITO POR ISSO, O RESPECTIVO BOLETIM DE OCORRENCIA PODERA NAO SER VALIDO PARA EFEITOS DE SEGURO PRIVAT EM VIRTUDE DO EXPOSTO NA PORTARIA NORMATIVA N 02/2018 - GDG/PCRN, DE 03 DE FEVEREIRO DE 2018

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NAO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, declara(m) que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 21/05/2018 12:28:13

Policial

Interessado

Polícia Civil

Atendimento: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA

Ingresso em: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA em 21/05/2018 12:28:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 701 189 16416 Nome completo da vítima: Rafaelson Moraes da Silva

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

Nome completo: Rafaelson Moraes da Silva CPF: 701 189 16416

Profissão: RECUSO Endereço: AV. SÃO PEDRO Número: 77 Complemento: A

Bairro: CEMILINHA Cidade: JOÃO PAMARA Estado: RN CEP: 59550-000

E-mail: mpraxat310@gmail.com Tel (DDD): 998051091

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

DADOS CADASTRAIS

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0727 9 CONTA: 37985 9

(Informar o dígito se existir) (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: _____

Grav 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO

RAFAELSON MORAES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

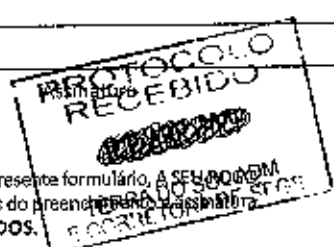
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEQUÊNCIA DE ASSINATURAS DEVERÁ SER ASSINADA NA PRESENÇA DE 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

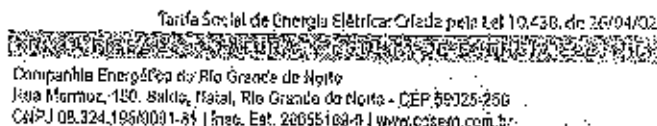
CLIENTE: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000037985-9

Nr. da Autenticação ABF6B601F113491F



CREUSA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

TV SÃO PEDRO 14.8

CPF: 156 935.824-684-3: 10738481220

CENTROASIA URBANA

JOAO CAMARA RM

54550-000

CLASIFICACIÓN

BA RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM MISTO

15. <http://www.fishbase.org>

018670020 SINCA 34/02/2018

Copyright © 2012 by John Wiley & Sons, Inc.

342022010	5900735631	391892
-----------	------------	--------

0085037548 02/2019
DATE RECEIVED 02/2019 PREVIOUSLY PAID CASH
21/02/2019 16/03/2019
TOTAL AMOUNT PAID 2237

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,70905319	0,27
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31,0000000	0,35807880	11,13
Contr. Lum. Pública Municipal			1,34
ICMS-Parcela Subvencionada			3,82

TOTAL OAFATLIZO

22.37

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
CE547132	Cal	15-01-2019	9.663,00	14-02-2019	9.774,00	30	100000		111,00

DESCRIÇÃO DE ENERGIA	VALOR	PERCENTUAL
Detalhado de Energia	77,31	25,37%
Transmissão	44,02	5,30%
Distribuição (Cessão)	4,37	25,18%
Perdas de Energia	1,17	0,14%
Energia de Referência	6,61	3,05%
Tributos	3,82	24,53%
Total	47,37	100%

DESCRIÇÃO DE POTÊNCIA	VALOR	PERCENTUAL
Consumo Ativo < 30 kWh	0,00	0,00%
Consumo Ativo Superior a 30 kWh	47,37	100,00%

[illegible]

cosern
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Crida pela 14.0435, de 16/04/2018

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Venâncio, 100 - Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-000
CNPJ 06.304.186/0001-91 | Ins. Est. 22095129-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

CREUZA SOARES DA SILVA

CPF: 043.908.904-83

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

ENDERECO DO CLIENTE COM SUBSCRIÇÃO

RUA BANDEIRA JUNIOR 354

BELA PARNAMIRIM AREA URBANA

PARANAMIRIM RN

59142-675

DATA DE EMISSÃO	SÉRIE	EMISSÃO
17/01/2019	000000000	000000000
17/01/2019	000000000	000000000
17/01/2019	000000000	000000000

COPIA CONTRATO

701471007

12/2018

16/01/2019

16/01/2019

PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 207.285.364 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RARIEDSON MORAIS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 301.189.164 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ 2ª mão da Vítima RARIEDSON MORAIS DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 301.189.164 / 16 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:	<u>RUA BANDEIRA JUNIOR</u>	Número:	<u>994</u>	Complemento:	
Bairro:		Cidade:	<u>PARANAMIRIM</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:		CEP:	<u>59142-675</u>	Tel.(DDD):	<u>(84) 99806-1091</u>
					<u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Paranamirim/RN 25/02/2019

Hallison Quirino Soares Da Silva
Assinatura do Declarante



**CLÍNICA****OCTAVA RODADO**

André Fedro

Rendimento Honorário do Selo Branco

Data do acidente: 26/08/18

Parte superior ocidentada / fratura em pé direito. Foi realizado cirurgia.

Atualizado ref. da fratura em pé direito principalmente o osso, odo de novo
com perda 30%

Alto nível

T93

Dr. André Fedro
Ortopedia e Traumatologia
FONE: 6224-6224
CENTRO 6224

27/09/19
Data:

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Camartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua (Senador) José Carlos Costa, 124 Vila Brasil Fone: (84) 9.3728-1592	Av. Senador Nivaldo Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.5833-0433	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



SESAP/P - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 43583 /2018

Admissão: 26/08/2018 15:20:33

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 89761 - RARIEDSON MORAIS DA SILVA (25 a 3 m 3 d)

Nascimento: 23/05/1993 Natural: JOAO CAMARA, BRASIL

CNS: 898002388681601 CPF: 70118916416

Mãe: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS Pai:

Logradouro: VILA NOVA, 1

CEP: 59550000

Bairro: JOAO CAMARA

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84.991623742

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

OBS:

Discriminador:

Classificação: 26/08/2018 15:16:09

HORA	P.A.	HGT	Saio2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			MAT 102	SAME					

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: RELATA QUEDA COM TRAUMA EM PE DIREITO

Hora:

Queda de moto e trauma no pé @

A

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	Perimite no pé @ tipo esionicoes
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por CARLOS MAGNO DANTAS E SILVA. Impresso em 26/08/2018 15:40

PROTOKOLO RECEBIDO

RAIDSON X
26/08/18 15:40
Técnico: ARAUJO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Instituição: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Atendente: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **89761 RARIEDSON MORAIS DA SILVA**

Prontuário:

Idade: 898002388681601

Nascimento: 23/05/1993 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS

Pai:

Endereço: RUA VILA NOVA, 1 - JOAO CAMARA - JOAO CAMARA

Fone: 991623742 /

Município: JOAO CAMARA

Código Municipal IBGE: 240580

UF: RN

CEP: 59550-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ALGUMA EM TNZ DIR

EXERCÍCIOS EM DORSO DO PE

EM 3/4+

ARTROVASCULAR SEM ANORMALIDADES

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

URGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL *408050497. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALÉOLAR / TRIMALÉOLAR

Hausemann Moraes
ORTOPEDISTA
CRM 5314 / SBOT 12213

Profissional Solicitante / Assistente:

REGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM:

6641 / RN

Data da Solicitação 26/08/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

☐ Acidente de Trabalho Trajeto

Regime de previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Serjão

Nome: _____

Serviço: _____

Idade: _____

NR Registro: _____

Letra: _____

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

FUT FARMACIA

E.E. AO NHO

P. TINT. ELABORADO

AOS QUINTOS DO DI. FARMACIA

CARA E

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 25/09/18

MAT. Nº. _____

CAME

C7

ASSINATURA

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS)	
M(MEDICAÇÃO EM USO)	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL)	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
OUTROS	
CONDUTA FARMACIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1	
ESPECIALISTA 2	
ESPECIALISTA 3	
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	
ÓBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITER	

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GUPPEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8715 /2018

Prontuário: 1175013

Paciente: 89761 - RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Cartão SUS: 898002388681601

CPF: 70118916416

Dt Nasc: 23/05/1993

Idade: 25 anos 3 meses 3 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS

Nome do pai:

Rua/Av: VILA NOVA

Nº: 1

Complemento:

Bairro: JOAO CAMARA

CEP: 59550000

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 991623742 84 991623742

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: RARIEDSON MORAIS DA SILVA -

Usuário: JOSEFA SILVA DA COSTA

Admissão: 26/08/2018 16:38:00

Alta:

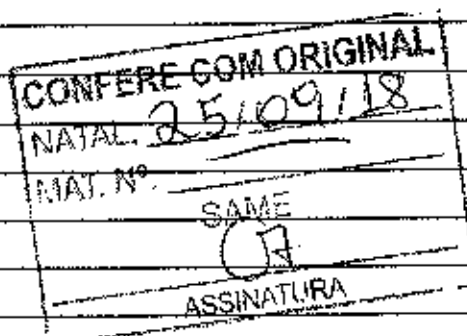
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
408050497 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 26 de Agosto de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL Nº 000.185.725.1

DATA DE EMISSÃO 23/05/1993

NOME RARIEDSON MORAIS DA SILVA

ENDEREÇO RUA DO PRINCÍPIO DA SILVA

MARIA SALGUEIRA DE ARAÚJO MORAIS

NACIONALIDADE BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO 23/05/1993

LOCAL DE NASCIMENTO RIO GRANDE DO NORTE

CPF 072.000.000-00

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

CODIFICADORA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

RARIEDSON MORAIS DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
701.189.164-16

Nome
RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Nascimento
23/05/1993

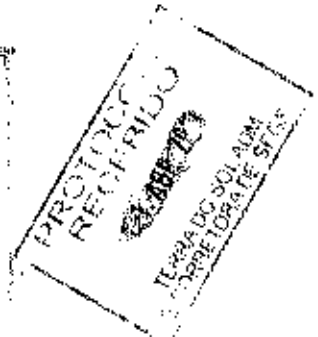
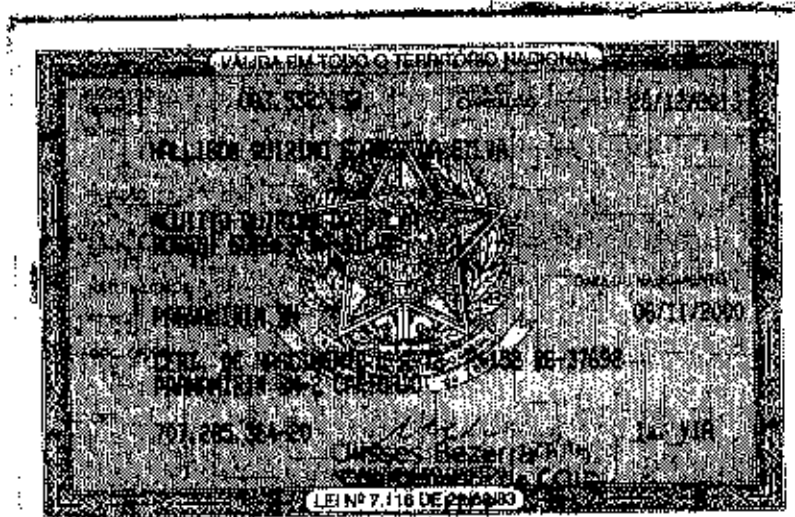
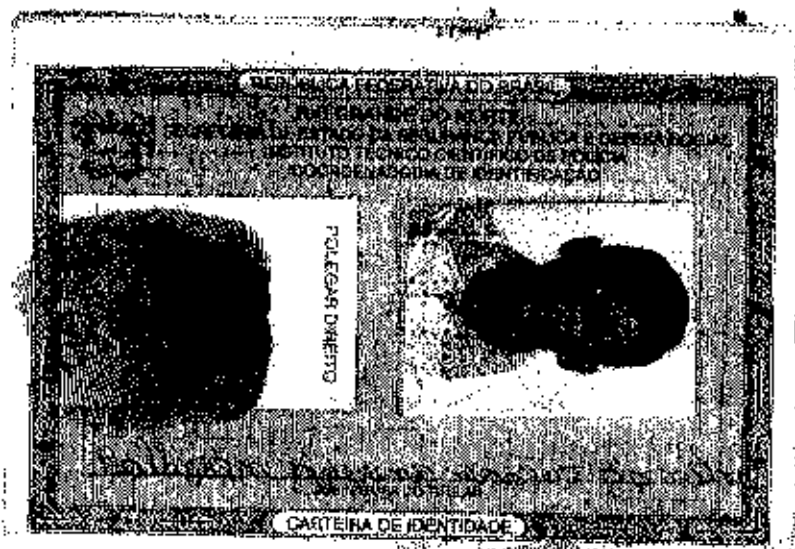
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Veri MA

PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOLADIM

E CORRETORA DE SECOS



cosern
neoenergia

Companhia Paranaense de Energia S/A
Rua Francisco de Sá, 1000 - Curitiba - PR - 81250-000
Fone: (41) 333-1000 | Fax: (41) 333-1001 | www.cosern.com.br

CLIENTE: [Nome do Cliente]

ENDEREÇO: [Endereço do Cliente]

CIDADE: [Cidade do Cliente]

CEP: [CEP do Cliente]

DATA DE EMISSÃO: 18/01/2018

Nº DA NOTA FISCAL: [Número da Nota Fiscal]

SÉRIE: [Série da Nota Fiscal]

EMISSÃO: [Data de Emissão]

DATA DE RECEBIMENTO: 18/01/2018

Nº DO CLIENTE: [Número do Cliente]

Nº DA INSTALAÇÃO: [Número da Instalação]

TOTAL: [Valor Total]



Ao Sr(a) analista da Seguradora Lider:

Eu, Rariedson Moraes Da Silva, portador do RG n.º 002.657.251, inscrito no CPF sob o n.º 701.189.164-16, residente e domiciliado na Rua Travessa São Pedro, n.º 74 A, centro, João Câmara/RN, venho expor o seguinte:

Em data 04-04-2019, transitava sendo o condutor do veículo: MOTO C.G 125 FAN, Placa MZL1994/RN,

transitava normalmente conduzindo minha motocicleta e fui surpreendido com um cachorro ao tentar desviar bati no cachorro vindo cair ao solo. Aconteceu o acidente de acordo com o b.o da Polícia.

Após o referido acidente fui socorrido e encaminhado ao hospital Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, número 43583/2018. Onde foi realizado o atendimento médico conforme consta no relatório médico já encaminhado a esta seguradora. Como consequência do acidente sofri fratura do pé direito, que necessitou de cirurgia. Atualmente apresento dor recorrente e dificuldade de flexão. Com alta, T93.

Realizado o pedido de indenização perante a seguradora, vem me sendo solicitada documentação médica complementar discriminando evolução do quadro de sequela e exames de imagem, porém, conforme informado anteriormente, eu não possuo tal documentação, já que, não fui encaminhado para tratamento complementar por meio do SUS, e não possuo condições financeiras de realizar qualquer tipo de tratamento.

Nesse ponto, cabe mencionar as disposições da Lei n.º 6.194/74, que dispõe sobre o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadas ou não (Lei do DPVAT), que no seu art.5º estabelece que o "o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do seguradora";

Sendo assim, tal exigência por parte dessa seguradora dificulta meu pleito de receber a indenização a qual tenho direito, me negando um direito assegurado por lei.

Outro não tem sido os entendimentos dos tribunais pátrios, que não reconhecer o direito da vítima mediante simples comprovação do fato e do dano decorrente. Vejamos:

CIVIL.FALECIMENTO DA GENITORA DOS RECORRIDOS, EM DECORRENCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM VIA PÚBLICA. EXIGÊNCIAS DESARRAZOADAS À PEREPÇÃO DOS VALORES REFERENTES AO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. LIAME CAUSAL SIFICIENTEMENTE COMPROVADO.PAGAMENTO QUE SE IMPÕE:

- I. O Art. 5º da Lei n. 6194/74 dispõe que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.
- II. Suficientemente comprovado que (viúva) dos recorridos, ocorrido em 8.5.2016, no cruzamento do Park 17, em Santo Antônio do Descoberto com encaminhamento da vítima ao Hospital Municipal de Santo Antônio do Descoberto, onde veio a óbito, em 22.5. 2016 (certidão de óbito atestou trauma imobilização, embolia pulmonar, PCR), exsurge o direito dos requerentes (únicos herdeiros) à indenização pleiteada. **III. não pode, portanto, escusar-se a recorrente ao cumprimento de sua obrigação, ante o caráter eminentemente social do DPVAT e função a que este se destina, especialmente porque, como bem salientado na sentença, o último documento emitido pela própria recorrente (exigência documental 6.2.2017 ID 2633992, p. 2) dá conta de que os únicos documentos pendentes seriam o laudo do IML e a certidão de casamento da falecida.** Precedentes: 3º Turma Recursal do TJDF, Acórdão 1037443. **Processo:** 07069666420178070003 **DF** 070696664.2017.8.07.0003. **Órgão julgador:** 3º Turma Recursal dos Juizados Especiais do Distrito Federal. **Publicação:** publicado no DJE: 27/11/2017 . Pág Sem página Cadastrada. **Julgamento:** 22 de Novembro de 2017. **Relator:** FERNANDO ANTONIO TAVERNARD LIMA.

Cabe informar ainda, que mesmo dispondo de poucos recursos, realizei consulta médica com o fim de apresentar o relatório médico que juntei o meu pedido de indenização que foi simplesmente ignorado por esta seguradora.

A seguradora não realizou perícia médica não é aceitável como justificativa uma **negativa no processo**, sendo necessária a realização de perícia médica oficial, que poderá definir o grau de seqüela resultante do acidente, segundo entendimento pacificado nos tribunais pátrios.

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o AGENDAMENTO DE PERICA MÉDICA, para confirmar minhas seqüelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Líder.

Natal, 21 de outubro de 2019

NOME: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599658 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: ACIDENTE DE MOTO, APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO

Resultados terapêuticos: ADM DO TORNOZELO COM LEVE BLOQUEIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Danieelson Moraes da Silva		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	ASG		
IDENTIDADE:	02 657-251	CPF:	701.489.164-16
ENDEREÇO:	Rio Grande N ^o , 14A Jão, Comano / RN		

OUTORGADO

NOME:	Hallison Quirino Soares da Silva		
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Moto Boy		
IDENTIDADE:	003 532102	CPF:	404.285.304-20
ENDEREÇO:	J. Bandeira Junior - 994, Zarraminim		
DATA DO ACIDENTE:	06/08/18	COBERTURA:	Invalidez

Peço presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

ASSINADO POR: [assinatura]

ASSINADO POR: [assinatura]

ASSINADO POR: [assinatura]

ASSINADO POR: [assinatura] Jão Comano - RN, 25.02.2019

LOCAL E DATA



[assinatura] DANIELSON MORAES DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço verdadeira(s) a(s) firma(s)

em autenticidade de

Danieelson Moraes da Silva

em testemunho de verdade

Jão Comano 25 de 02 de 2019



TERRA DO SOLAOM
CORRETORA DE SEGS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599658 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: ACIDENTE DE MOTO, APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO

Resultados terapêuticos: ADM DO TORNOZELO COM LEVE BLOQUEIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369868/19

Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

CPF: 701.189.164-16

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/08/2018

Titular do CPF: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA : 707.285.364-20

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

RARIEDSON MORAIS DA SILVA : 701.189.164-16

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: 23/10/2019
Nome: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA
CPF: 707.285.364-20

HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA