

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALIA SILVA DE SOUZA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000077346449-2

Nr. da Autenticação 32F7B80D08826869

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200142429 Cidade: Extremoz Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA Data do acidente: 20/05/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: & @1

*PÁG. 16_EVOLUÇÃO MÉDICA.

**CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/03/2020 DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES CRM-RN 6224

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 membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

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: 4020-1596 / 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 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 COAF.

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 Marcander Bernardino de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354/80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Thalia Silva de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.672.224/75,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Thalia Silva de Souza,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.672.224/75, 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 Brasilicío Camilo</u>	Número:	<u>122</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Anaqueim</u>	Cidade:	<u>Graianinho</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:					CEP: <u>59173-000</u>
					Tel.(DDD): <u>(84) 99806-1091</u>
					<u>84199134-3002</u>

Local e Data: Parnamirim 03 de Fevereiro de 2020.

Marcander Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



Dr. Tiago Andrade
Ortopedia & Traumatologia
CRM 6224 RQE 2967

Laudo Médico

- ⌘ THALIA SILVA DE SOUZA
- ⌘ 22 ANOS
- ⌘ 20 / 05 / 2019 (data do acidente)
- ⌘ Acidente motociclistico
- ⌘ Paciente sofreu politrauma na data mencionada acima, que resultou em FRATURA EXPOSTA DE JOELHO DIREITO. Esse caso, devido à gravidade, necessitou de tratamento cirúrgico.
- ⌘ Atualmente, mesmo após tratamento cirúrgico, evolui com sequela física em membro acometido (MEMBRO INFERIOR DIREITO). A sequela física se caracterizou por alterar a marcha, ou seja, o paciente "manca", em dor forte no local e perda de flexão do joelho direito 75% do arco de movimento. Essa sequela enquadraria o paciente em pessoa com deficiência física permanente, adquirida por acidente.
- ⌘ Alta médica definitiva
- ⌘ CID-10: T93 / S82.0

Natal/RN 30 de março de 2020

Atenciosamente,

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia & Traumatologia
CREMERJ 6224

DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM 6224 – RQE 2967

ESPAÇO FISIO COMFORT – AV. RODRIGUES ALVES 1272 – (84) 2030 5181
CLÍNICA OITAVA ROSADO – UNIDADES PARNAMIRIM E ZONA NORTE – (84) 3315-6900
CLÍNICA POTIGUAR – UNIDADE ALECRIM – (84) 3025-6561
POLICLÍNICA MAIS SAÚDE – (84) 2020-1080



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THALIA SILVA DE SOUZA**, foi atendida por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 20/05/2019, aproximadamente às 15h24min, na rua Professor Luiz Rodrigues, Pajuçara, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 259585/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 04 de junho de 2019.

Dr. Adson José M. Vale
Campos
CRM-RN 4369

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 12134 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **106731 THALIA SILVA DE SOUZA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 21/09/1997 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS

Pai:

Endereço: RUA MARIA DA CONCEICAO SOUZA DOS SANTOS, 154 - SANTO ANTONIO DO POI Fone: 988091006 /

Município: SAO GONCALO DO AMARANTE Código Municipal IBGE: 241200 UF: RN CEP: 59297-678

Clínica de Acompanhamento: CIRURGIA GERAL

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE SOFREU Queda de moto com ferimento extenso do joelho necessitando de sutura + limpeza.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO



Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S81.0 FERIMENTO DO JOELHO*413040178.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA C

Dr. Kallyandre Medeiros
Urologia / Andrologia TISBU
CPF: 751.469.594-04
CRM - RN 3868

Profissional Solicitante / Assitente:

KALLYANDRE FERREIRA DE MEDEIROS

CRM: 3868 / RN

Data da Solicitação 20/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () 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

Vínculo com 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: _____



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 106731 - THALIA SILVA DE SOUZA (21 a 7 m 29 d)

Nascimento: 21/09/1997 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Maria EUNICE DA SILVA MEDEIROS

Pai:

Logradouro: MARIA DA CONCEICAO SOUZA DOS SANTOS, 154

CEP: 59297678

Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 988091006

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 20/05/2019 16:33:50								
HORA	P.A	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
120,80			93		21	110			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO - REFERE DOR NA CABEÇA+JOELHO DIREITO

Hora: 16:40

Presente vítima de trauma moto-moto queixando-se de dor no joelho direito, em região ósssea da calcanhar que foi imposta deslocada

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas patentes, sem sibilante e mobilização respiratória em ambiente AF int. e tímpano, sem RA bem profundas FC: 110 bpm

D Síntesis 15

E Glasgow 15, daga, fundo escuro em melena. Tronco intubado, daga, língua

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Alemanha plana, flácida, inerte

Pelvis intacto

CONFIRME COM ORIGINAIS
01/05/2019
SAMU
NATAL
T2

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

BOLETO DE ATENDIMENTO - SECTE 12345678
EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALÉRGIAS) Nega.

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) bebida alcoólica

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Imunizigas (DT)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Solicitou RX de joelho D e perna D,
AP e perfil

CONDUTA PRIMÁRIA / MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1) Voltar em tigela Lamp. 1M, agora 16:20
- VAT - JM

Dr. Arthur Sa
M.R. Clínica Geral
CRM-SP 1171

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

19:30 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
20/05/14 Paciente em bloco cirúrgico
para realização de cirurgia em joelho. Dimit
apresentando náuseas e vômitos. Ales.
15.

① Plomet 0,5g + 18 d ADP, ev. cobe
② Dipirone 0,177 + 8 d Dra Ana Cecília Mattos
3 Tictil 40 g Cifa + 20 d ADP CRM-RN 9154
Dra Kelly

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ORTOPEDIC

HORA:

18:05

DATA:

20/05/2014

ESPECIALISTA 2

HORA:

..

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

..

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

DATA / / HORA

Eduardo Donatelli Costa
Médico Ortopedista
CRM-SP 16304-2
CFO-SP 1211

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4776 /2019

Prontuário: 1185292

Paciente: 106731 - THALIA SILVA DE SOUZA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 21/09/1997

Idade: 21 anos 7 meses 29 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS

Nome do pai:

Rua/Av: MARIA DA CONCEICAO SOUZA DOS SANTOS

Nº:154

Complemento:

Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI

CEP: 59297678

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 988091006 84 988091006

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 11

Responsável: THALIA SILVA DE SOUZA -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

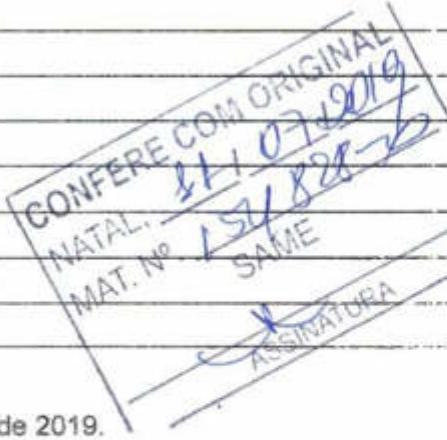
Admissão: 20/05/2019 19:55:27 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S81.0 - FERIMENTO DO JOELHO
413040178 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Paciente admitida para realizar intubação preventiva de portas molhadas em procedimento de rotina. Procedimento sem complicações.
Recebe alta hospitalar em 22.05.19.



Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

NATAL, 20 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome: Thalita Silva da Souza

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 20.03.19

Hora:

#Admínico

Paciente vítima de colisão moto-moto, trocada pelo SITMU, apresentando dor e lesão contusa profunda com lesão de pele, subcutânea e muscular. Rx da perna e joelho sem evidência de fratura.

AO exame físico:

A - VD devia n/aureologe

B - MVR(+) bilateral ARA, am da fisionomia, sat 98%. O2 ambiente

C - RCR em 2T CIBNF FC:101

D. Glagau 15

E. Lesões em joelho D = incongruências em perna D.

Conduta: Ao CC para reparo da lesão

Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM/RN 0264

+Dr Kelly Andrade

CONFERE COM ORIGINAIS
NATAL 11/07/2019
MAT. N° 121889
ASSINATURA



Nome Thalia Silva da Senna

Leito:

Idade:

Nº Registro:

Evolução Multidisciplinar

DATA	
	20/05/19
	# Note Operatória #
	Realizou-se resecção de ferimento extenso em joelho D, sem lesão de substância. Encardimento em intromissão.
	Dra. Ana Cecília Matias MÉDICA CRM-RN 9164 BPN. Kallyandri
	22/05/19 # Cir. Geral #
	- 2º DPO de Ressecção da lesão em joelho D
	Paciente evolui bem, aceita dietas, desembala firmemente e MJD no dia, libera-se a flatus. - Nenhum queixa para o momento. As Exames: BEG; LOTE, ARA, cuspica. ACP sem alterações. Abdome flácido e indolor, RHA. FO em bom aspecto.
	# Col: Revascularizar Alto
	22/05/19 # Cir. Geral #
	2º Pós de resecção de lesão em joelho D. Paciente evolui bem, sem queixas, sentindo dor. No exame: BEG, corada, hidratada. APENADIN
	Abdome flácido e indolor. MM: Presença de nódulos oclusivos lumps. FO em bom aspecto
	CD: Alto Hospitalar
	Dra. Ana Cecília Matias MÉDICA CRM-RN 9164



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Thalia Silva de Souza Reg. Nº 506735

Diagnóstico pré-operatório: Lesão extensa em joelho Direito

Indicação terapêutica: Sutura de lesão em joelho Direito Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 20/03/159 Início: 20:10 Término: 20:40 Duração: 30 minutos

Operador: Dr. Kallyandre CRM/CRO:

1º Auxiliar: Dra Ana Cecília CRM/CRO:

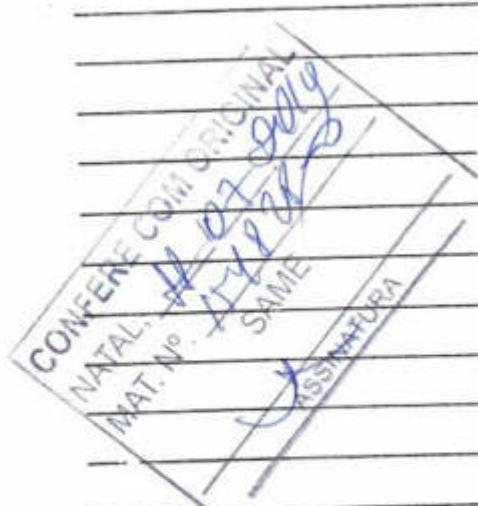
2º Auxiliar: Ad. Erlon Filho CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1. Paciente em Centro Cirúrgico em DDH
2. Realizada Asepsia e Antissepsia da ferida
3. Anestesia local com lidocaína a 5%
4. Levigam exsangue da ferida
5. A punção de espumos usíceis
6. Realizada aproximação de bordos da ferida com fio Nylom 3-0
7. Revisão da Hemostasia e curativo compreensivo 10



Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

902.672.224-75 ^{4 - Nome completo da vítima}
Thalesa Sylva de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Thalesa Sylva de Souza ^{5 - CPF: 702.672.224-75}

7 - Profissão:

RECUSO ^{7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Nossa Senhora do Conceito 61}

11 - Bairro:

AMORANTE ^{11 - Bairro: 12 - Cidade: São Gonçalo do Pará RN}

15 - E-mail:

(89) 99139-3008 ^{15 - E-mail: 16 - Telefone: (89) 99806-1091}

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

NU PAYMENT S.A.

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo ^{24 - Data do óbito da vítima:}

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não ^{27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:}

28 - Vítima teve filhos? Sim Não ^{29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:} 30 - Vítima deixou nascituro (varredos)? Sim Não ^{31 - Vítima teve irmãos? Sim Não ^{32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:} 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não}

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO
Incapacidade
mental da
vítima que
impede que
ela assine
este documento

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

39 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha
Assinatura da testemunha
Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

nu Thalia



**Banco 260 - Nu Pagamentos S.A.
Agência 0001
Conta 77346449-2**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Thalia Silva de Souza</u>	
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>	
PROFISSÃO:	<u>Desempregada</u>	
IDENTIDADE:	ESTADO CIVIL:	<u>Solteira</u>
<u>341.2866</u>	CPF:	<u>702.672.221-79</u>
ENDERECO:	<u>Rua Nossa Senhora da Conceição nº 64 São Gonçalo de Remanso.</u>	

OUTORGADO

NOME:	<u>Marcosales Bernardino de Souza</u>	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	<u>Brasileiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Coronel</u>	
IDENTIDADE:	CPF:	<u>1896734</u>
ENDERECO:	<u>Rua Brasília nº 122, Graianinha.</u>	

DATA DO ACIDENTE: 20-05-2019 COBERTURA: Invalidiz 1Daux

Pelo 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.

Thalia Silva de Souza Parnamirim/RN
03/02/2020
LOCAL E DATA

Thalia Silva de Souza
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Av. Brigadeiro Souto, 10 - Bairro Esperança - CEP: 50140-990 - Parnamirim-RN - Tel.: (84) 2020-3800 / 3272-2298

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: THALIA SILVA DE SOUZA

Parnamirim/RN, 03/02/2020 11:13:17 Em testemunho

verdade. Dou fé. Emol R\$ 2,97

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES- Substituto

Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>

Sel.:RN202000953640012601YEX



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0111016/20

Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA

CPF: 702.672.224-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2019

Titular do CPF: THALIA SILVA DE SOUZA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

THALIA SILVA DE SOUZA : 702.672.224-75

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: 08/04/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200142429 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: & @1

*PÁG. 16_EVOLUÇÃO MÉDICA.

**CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/03/2020 DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES CRM-RN 6224

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 membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

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 Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200142429 **Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 20/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THALIA SILVA DE SOUZA

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



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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142429

Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THALIA SILVA DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200142429 Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALIA SILVA DE SOUZA

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: THALIA SILVA DE SOUZA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000077346449-2

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, retorno 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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INIA: softelos da segunda-feira a sábado. Após

034-597971718-4

03/FEV/2020

HORA DF 13:04:13

LOT. 17.015113-1
LOCALIDADE: PARNAMIRIM
AG. VINCULADA: 2008

TERM 010120

CONTROLE: 34108734

DEPONIMENTO DE SORTEIO DE TURMA CEGO

NAME: THALIA SILVA DE SOUZA
AGENCIA: 2008
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.095.506-8
DATA DE AMPLIACAO: 13/02/2020

LOTERIAS CAIXA

034-597971718-4

1a VIA

KA

♣

loterias

CAIXA

♣

loterias

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
702.672.224-75 Thalia Silva de Souza

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

5 - Nome completo:	Thalia Silva de Souza			6 - CPF:	702.672.224-75
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
Recurso	Rua Nossa Senhora da Conceição	64	Casa		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:		
Amarante	São Gonçalo do Amarante	RN	59290-000		
15 - E-mail:	(84) 99134-3008 (84) 99806-1091				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2008	CONTA: 095.506	0	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	0	AGÊNCIA: _____
(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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/naser)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora 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.

<p>34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)</p>	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p>
---	---

40 - Local e Data, Paramirim 03 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Thalia Silva de Souza 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Isac de Oliveira Bezerra de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ

Endereço: RUA COMANDANTE DODDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019021002419 1.2 Data de Expedição: 02/12/2019 13:19:35
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE FERROVIÁRIO MULHER 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/05/2019 15:24:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: ESTRADA DE GENIPABU
2.6 Tipo do local: Urbano 2.9 CEP:
2.8 Número: SN 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: EXTREMOZ
2.12 Bairro: GENIPABU
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: THALIA SILVA DE SOUZA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: FRANCISCO VALDOMIRO DE SOUZA
3.5 Etnia: Branca 3.6 Mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS
3.7 Sexo: FEMININO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 21/09/1997
3.13 Profissão: AUTONOMA 3.14 RG: 3412866
3.15 Telefone(s): 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 64 3.18 Naturalidade: NATAL/RN
3.19 Bairro: NOVO AMARANTE 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****08529 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: OJX2092 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: POP100
7.1.9 Ano do Modelo: 2014 7.1.10 Ano de Fabricação: 2013
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: ULTIMO ED GERALDO 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: THALIA SILVA DE SOUZA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO QUANDO VINHÁ EM SUA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA EM TELA, AO DESVIAR DE UM REBOQUE PERDEU O CONTROLE E CAIU, QUE FOI SOCORRIDA PELA SAMU COMO CONSTA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº259585/1, E LEVADA AO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, DANDO ENTRADA COMO COSTA NO FIA Nº 4776/2019, PERGUNTADA SE É HABILITADA RESPONDEU QUE NÃO. NADA MAS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO REGISTRO:

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 02/12/2019 13:19:35

Policiai

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 946770 - JOÃO CARLOS ALVES

Impresso por: 946770 - JOÃO CARLOS ALVES em 02/12/2019 13:19:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

702.672.224-75

4 - Nome completo da vítima:

Thalia Silva de Souza

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

5 - Nome completo:

Thalia Silva de Souza

6 - CPF:

702.672.224-75

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Rua Nossa Senhora da Conceição

9 - Número:

64

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Amarante

12 - Cidade:

São Gonçalo do Amarante

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59290-000

15 - E-mail:

(84) 99134-3008 (84) 99806-1091

16 - Tel.(DDD):

(84) 99134-3008 (84) 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2008

CONTA: 095.506

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasцturo (nascer): Sim Não

31 - Vítima teve irmãos: Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

lospresnta
digital da
vítima ou
beneficiário
não subscrito

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnamirim 03 de Fevereiro de 2020.

Thalia Silva de Souza

proc. de Ricardo L. Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS 150 SALDO
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59015-250
CNPJ 06.324.186/0001-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20091299-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátiatas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

Atendimento es deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvintes 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte -

ARSEF CNPJ: 12.171.457/0001-47 - Ligação Grátiata de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátiata de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!
SEVERINA JULIA DE LIMAENDERECO
RUA BRASILIO CAMILO 127 - LT.
ANEQUIM/AREA URBANA -59174-000
GOIAZINHA - RN -PERÍODO CONSUMO
02/08/2019 a 03/09/2019DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
03/09/2019DATA DA APRESENTAÇÃO
03/09/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
0294536...CONTA CONTRATO
7001931380CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
R1CONSUMO
71

ICMS - BASE DE CALCULO R\$ 0,90; Alíquota 15,00 valor do imposto R\$ 9,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui:

CONTA CONTRATO
7001931380MÊS/ANO
09/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42VENCIMENTO
10/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

S38300000004 574200384070 001931380209 014695738135

