



Número: **0858588-69.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **12/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THALIA SILVA DE SOUZA (AUTOR)	DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62664 546	11/11/2020 18:02	<u>Contestação</u>	Contestação
62664 549	11/11/2020 18:02	<u>2765890_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022588700000060090775>
Número do documento: 20111118022588700000060090775

Num. 62664546 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022725300000060090778>
Número do documento: 20111118022725300000060090778

Num. 62664549 - Pág. 1

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

Valoração 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 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 Marcondes 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 Invalidiz/Danos 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>Anequim</u>	Cidade:	<u>Goianinha</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:					CEP: <u>59173-000</u>
					Tel.(DDD): <u>1841 99806-1091</u> <u>1841 99134-3002</u>

Local e Data: Parnamirim 03 de Fevereiro de 2020.

Marcondes 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, evoluiu 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 enquadra 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



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
Ginecologista / Obstetra
CRM-RN 4360

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 PACIENTE

Nome: 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 POTI Fone: 988091006 /

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

Clinica 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 Trajetô

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____ / ____ / ____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	;	Q.FIRMA	CURSO/CLASSE
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS)	Negativo		
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)	Imunizigênica (DT)		

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) Solicita RX de joelho D + perna D, AP + perfil	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS 1) V/F Tenentholamp. 1M, agres C6-20 - UAT- J M	OUTROS 19:30 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 20/05/19 Paciente em bloco cirúrgico para realização de UAT em joelho direito apresentando náuseas e vômitos. Cles- 15. ① Plomet 0,1% + 18 ml AB30, EV, c/gabe ② Diprone 0,1% + 8 ml AB30, DRA Cecília Matta ③ Nitochi 40 g, C1FA + 20 ml AB30, CRM-RN 915 Fer 100%

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	ORTOP EDIA	HORA: 18:05	DATA: 20/05/2019
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERRAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA / /
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	 Eduardo Ronald de Costa Médico Cirurgião Odontológico CRM-RN 915 CPF: 140.000.004-59 12/11	
DATA / /	HORA / /	



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 colimtrado seu realizou sutura da ferimento de partes moles
em joelho direito. Procedimento sem intussecessus.
Deixa alta hospitalar em 22.05.19

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 21/05/2019
MAT. N° 151826-22
SAME

ASSINATURA

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: 20.05.19

Hora:

#Admissão

Paciente vítima de colisão moto-moto, trazido pelo Samu, apresentando dor e fraqueza contínua proporcional com lesão de pulmão, subcutânea e muscular. Rx de perna e joelho sem evidência de fratura.

AO exame físico:

A - V.A de leve alancalge

B - M.V. bilateral 11RA, sem dor toracica, Sat 98%. O2 ambiente

C - R.R. em 2T, CIBNF, FC:101

D - Glasgow 15

E - Lesões em peito. D - lesões de dor em perna. D.

Conclusão: AO CC para negar de lesões

Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 0164
+Dr Kellyondu.

CONFERE COM ORIGINAIS
NATAL 11/05/2019
MAT. N° 1518577
SÍNTESE
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Thalia Silva de Souza Reg. N° 306733
Diagnóstico pré-operatório: Lesão extensa em joelho direito
Indicação terapêutica: Sutura de lesão em joelho direito Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 20/05/19 Início: 20:10 Término: 20:40 Duração: 30 minutos
Operador: Dr. Z. Kallyandre CRM/CRO:
1º Auxiliar: Dra Ana Cecília CRM/CRO:
2º Auxiliar: Ad. Erlaem Filho CRM/CRO:
Instrumentador:
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1. Paciente em centro cirúrgico em DDH
2. Realizada Asepsia e Antisepsia da ferida
3. Anestesia local com lidocaina 2,5%
4. Levaram extensão da ferida
5. A punção de espessas visceras
6. Realizada aproximação de bordos de 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: (X) NÃO () SIM QUAL?

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o tóxico, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





nu Thalia



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

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022725300000060090778>
Número do documento: 20111118022725300000060090778

Num. 62664549 - Pág. 15

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<i>Thalia Silva de Souza</i>	
NACIONALIDADE:	Brasileira	
PROFISSÃO:	Desempregada	
IDENTIDADE:	3912866	
ENDEREÇO:	Rua Maria Senhora da Conceição nº 84 São Gonçalo de Iemanjá	
ESTADO CIVIL:	Solteira	
CPF:	702.672.221-79	
OUTORGADO		

NOME:	<i>Marcos Bernadino de Souza</i>	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Motorista	
IDENTIDADE:	1896734	
ENDEREÇO:	Rua Brasilino Lameire 122, Iemanjá	
ESTADO CIVIL:	Casado	
CPF:	061.089.354-80	
DATA DO ACIDENTE: 20-05-2019 COBERTURA: <u>invalidiz 10mz</u>		

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: AIRENEIDE AMARAL DE PAIVA		
Av. Brigadeiro Souza, 10 - Boa Esperança - CEP: 59140-880 - Parnamirim/RN - Tel.: (84) 2020-3800 / 3272-2295		
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: THALIA SILVA DE SOUZA		
Parnamirim/RN, 03/02/2020 11:13:17 Em testemunho da		
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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALIA SILVA DE SOUZA

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

Valoração 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, 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 15632242



Pag. 00855/00856 - carta_01 - INVALIDEZ





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.

00020109
Pag. 00217/00218 - carta_25 - INVALIDEZ

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022725300000060090778>
Número do documento: 20111118022725300000060090778

Num. 62664549 - Pág. 20



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, 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
INAT: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
034-597971718-4
03/FEV/2020 HORA DF 13:04:13
ALDT, 17.015113-1 TERM 010128
LOCALIDADE: PARNAMIRIM
AG. VINCULADA: 2008 CONTROLE: 34108734
NOME: THALIA SILVA DE SOUZA
AGENCIA: 2008
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.095.506-0
DATA DE VENCIMENTO: 12/02/2020
LOTERIAS CAIXA
034-597971718-4
1a VIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>702.672.224-75 Thalia Silva de Souza</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: <i>Thalia Silva de Souza</i>		6 - CPF: <i>702.672.224-75</i>		
7 - Profissão: <i>Recurso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Nossa Senhora da Conceição</i>	9 - Número: <i>64</i>	10 - Complemento: <i>Corsa</i>	
11 - Bairro: <i>Amarante</i>	12 - Cidade: <i>São Gonçalo do Amarante</i>	13 - Estado: <i>RN</i>	14 - CEP: <i>59290-000</i>	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(84) 9 9134-3008 (84) 99806-1091</i>			
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"/> RS 2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <i>2008</i>		CONTA: <i>099.506</i>		AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> 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:				
<ul style="list-style-type: none"> • 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:		<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 checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
				31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
				33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		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, <i>Ramamirim 03 de Janeiro de 2020</i>		38 - 1º Nome: CPF: _____		
		Assinatura da testemunha		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		39 - 2º Nome: CPF: _____		
		Assinatura da testemunha		
FPS.001 V002/2019		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		





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 DIDDIER 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
2.6 Tipo do local: Urbano 2.7 Logradouro: ESTRADA DE GENIPABU
2.8 Número: SN 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: GENIPABU 2.13 Cidade: EXTREMOZ
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:
3.25 Documento: 3.26 Documento:

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 N°259585/1, E LEVADA AO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, DANDO ENTRADA COMO COSTA NO FIA N° 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

Policial

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

Página 11

Protocolo: J2019021002419 - Código de autenticação: 7395d73ed8dd36ff2825571a73a6e8



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011111802272530000060090778>

Número do documento: 2011111802272530000060090778

Num. 62664549 - Pág. 24

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 Thalia Silva de Souza

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - CPF:

702.672.224-75

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

13 - Estado:

16 - Tel.(DDD):

(84) 99124-3008 (84) 99806-1091

9 - Número:

10 - Complemento:

casa

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

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

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): 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

nascer (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou

país/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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data, Ramamirim 03 de Janeiro de 2020
Thalia Silva de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Número do documento: 2011111802272530000060090778

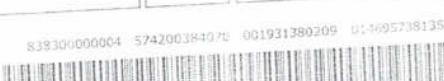
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011111802272530000060090778

Num. 62664549 - Pág. 25

11/09/2019

Link para Via para Pagamento Grupo B nº 1339737341

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA										
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE  RUA MERMOS 150, SALDO NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP: 59031-350 CNPJ: 06.314.198/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 000531199-0			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligações Grátiatas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 1162-0000 Atendendo as deficientes auditivas ou da fala: 0800 251 0142 Divulgação: 0000 354 0404 Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte - ARSEEN: 0800 27 0167 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 LIMA		DATA DE VENCIMENTO 10/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/09/2019	CONTA CONTRATO 7001931380						
ENDERECO RUA BRASÍLIO CAMILLO 127 - 1º ANEQUIM/ÁREA URBANA - 59110-000 GOIÁS/GO - 74400-000		TOTAL A PAGAR R\$ 57,42	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/09/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico R1						
PERÍODO CONSUMO 02/08/2019 a 03/09/2019		CONSUMO 71								
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,96. Adicione 16,00 valor do imposto R\$ 0,96										
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			VIA PARA PAGAMENTO							
Detalhe da conta: <table border="1"> <tr> <td>CONTA CONTRATO 7001931380</td> <td>MÊS/ANO 09/2019</td> <td>TOTAL A PAGAR R\$ 57,42</td> <td>VENCIMENTO 10/09/2019</td> <td>TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</td> </tr> </table>						CONTA CONTRATO 7001931380	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 57,42	VENCIMENTO 10/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
CONTA CONTRATO 7001931380	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 57,42	VENCIMENTO 10/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.						
83830000004 574200384070 001931380209 015695738135 										
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA										

www.sap.com/NDP/PCS/RESOURCES/0/home-neologw=sap.com/servlet/login_neologia.com.RFCConversationServlet?dest=1&cd divid=acall&folder=true&a=3&redirfaturacdd=true&canal=hotsite&



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011111802272530000060090778>
Número do documento: 2011111802272530000060090778

Num. 62664549 - Pág. 26