



Número: **0817037-85.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAQUES MIGUEL DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62732291	13/11/2020 09:25	2766251_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295849

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUES MIGUEL 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, 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 16050172





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, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295849

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAQUES MIGUEL 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

Pag. 01089/01090 - carta_02 - INVALIDEZ

00030545



Carta nº 16063596



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:25:26

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309252542100000060154318>

Número do documento: 20111309252542100000060154318



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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295849

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUES MIGUEL 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000013657-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 050.388.824-39 4 - Nome completo da vítima: Jaquez Miguel da Silva

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

5 - Nome completo: Jaquez Miguel da Silva 6 - CPF: 050.388.824-39
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Tabelação Aoem Menescal 9 - Número: 15 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Momo 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59621-240
15 - E-mail: Nao Pavi 16 - Telefone: (84) 99821-0066

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☒ SEM RENDA

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

☒ CONTA POUPEÇA (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: 3064 CONTA: 13657 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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 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 não submeter à análise médica presencial, sob nenhuma das condições da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causadas por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autopercepção não significa prévia concordância com a futura avaliação médica do resultado do direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legal de quem assina a petição (a seguir):

36 - CPF legal de quem assina a petição (a seguir):

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Momo RJ 16/06/2020

Jaquez Miguel da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

AUTOTENDIMENTO - AG: MOSASORO RN
DATA: 30/05/2020 HORA: 12:39:43
TERMINAL: 05501027 CONTROLE: 056010270135

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3064 013.00013657-2
NOME: JAKES MIGUEL DA SILVA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 84.98960-8618
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84.98960-8618
NÚMERO DO ENVELOPE: 754563568

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 050 388 824-39 4 - Nome completo da vítima: Jaquez Miguel da Silva

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

5 - Nome completo: Jaquez Miguel da Silva 6 - CPF: 050 388 824-39
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Tabelação Acom Menescal 9 - Número: 15 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Momo 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59621-240
15 - E-mail: Nao Pavi 16 - Telefone: (84) 99821-0066

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☒ SEM RENDA

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

☒ CONTA POUPEANÇA (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: 3064 CONTA: 13657 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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 LITÍGIO JUDICIAL - 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 não submeter à análise médica presencial, caso necessária, as costas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autopercepção não significa prévia concordância com a futura avaliação médica do resultado do direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legal de quem assina a petição (a seguir):

36 - CPF legal de quem assina a petição (a seguir):

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data:

Momo RJ 16/06/2020

Jaquez Miguel da Silva -
Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Promotor (se houver):

FPS.001 V002/2019

AUTOTENDIMENTO - AG: MOSASORO RN:
DATA: 30/05/2020 HORA: 12:39:43
TERMINAL: 05501027 CONTROLE: 056010270135

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3064 013.00013657-2
NOME: JAKES MIGUEL DA SILVA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 84.98960-8618
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84.98960-8618
NÚMERO DO ENVELOPE: 754563568

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 030 388 824-39 4 - Nome completo da vítima: Jacques Miguel da Silva

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

5 - Nome completo: Jacques Miguel da Silva 6 - CPF: 030 388 824-39
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Tabelaão Joao Menescal 9 - Número: 15 10 - Complemento: C.O. 2a
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Monorô 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 54623-240
15 - E-mail: Nao possui 16 - Tel (DDD): (84) 99927-0066

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\$ 1.000,00 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. Ative uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 13654 2

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CCNTA: (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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda 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 pretencional, 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: ☐ 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: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - 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.

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

02/06/2020 - RJ
Assinatura da vítima/beneficiário (decedente): Jacques Miguel da Silva

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para Impressão definitiva.
A autenticidade deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defessocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139

1.2 Data de Expedição: 22/05/2020 14:56:32

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00

2.2 Número: 8N

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.5 Complemento:

2.4 CEP:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.6 Ponto de Referência:

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JACQUES MIGUEL DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: BRANCO

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 06/05/1981

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 002085400 - SSPRN

3.9 CPF: 04036982419

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETQ25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

3.17 Número: 75

3.18 CEP: 59621240

3.19 Bairro: BARROCAS

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE PASSAGEM DE PEDRA EM SENTIDO DE MOSSORÓ PILOTANDO UMA MOTO NO NOME DO PROPRIETÁRIO LEIDISLENE DE SOUSA SILVA TIPO HONDA/BIZ 125 PLACA QGD6178 RENAVAN 01068989033 DE ANO 2015 COR VERMELHA, NA ESTRADA CARROSAL QUANDO TINHA UM BURACO A MOTO DESCONTROLOU E EU VIM A CAIR, QUEBRANDO A CAVICULA.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JACQUES MIGUEL DA SILVA

Data: 22/05/2020 15:30:24

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 22/05/2020 15:34:50

FINAL DO BOLETIM DE Ocorrência





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A autenticidade deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defessocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139

1.2 Data de Expedição: 22/05/2020 14:56:32

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00

2.2 Número: 6N

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.3 Complemento:

2.4 CEP:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.6 Ponto de Referência:

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JACQUES MIGUEL DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: BRANCO

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 06/05/1981

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 002085400 - SSPRN

3.9 CPF: 04036982419

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETQ25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

3.17 Número: 75

3.18 CEP: 59621240

3.19 Bairro: BARROCAS

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE PASSAGEM DE PEDRA EM SENTIDO DE MOSSORÓ, PILOTANDO UMA MOTO NO NOME DO PROPRIETÁRIO LEIDISLENE DE SOUSA SILVA TIPO HONDA/BIZ 125 PLACA QG06178 RENAVAN 01069939033 DE ANO 2015 COR VERMELHA, NA ESTRADA CARROSAL QUANDO TINHA UM BURACO A MOTO DESCONTROLOU E EU VIM A CAIR, QUEBRANDO A CAVICULA.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JACQUES MIGUEL DA SILVA

Data: 22/05/2020 15:30:24

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 22/05/2020 15:34:50

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139

1.2 Data de Expedição: 22/05/2020 14:56:32

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.3 Número: SN

2.4 CEP:

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAKES MIGUEL DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: BRANCO

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 06/05/1981

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 002085400 - SSPRN

3.9 CPF: 01038882419

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

3.17 Número: 75

3.18 CEP: 59621240

3.19 Bairro: BARROCAS

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE PASSAGEM DE PEDRA EM SENTIDO DE MOSSORÓ.PILOTANDO UMA MOTO NO NOME DO PROPRIETÁRIO LEIDISLENE DE SOUSA SILVA TIPO HONDA/BIZ 125 PLACA QGD6479 RENAVAN 01068939033 DE ANO 2015 COR VERMELHA. NA ESTRADA CARROSAL QUANDO TINHA UM BURACO A MOTO DESCONTROLOU E EU VIM A CAIR. QUEBRANDO A CAVICULA.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JAKES MIGUEL DA SILVA

Data: 22/05/2020 15:30:24

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 22/05/2020 15:34:50

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050 388 824-39 4 - Nome completo da vítima: Jaqes Miguel da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Jaqes Miguel da Silva 6 - CPF: 050 388 824-39
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Tabelaão Joao Menescal 9 - Número: 15 10 - Complemento: C. 2a
11 - Bairro: Barrocas 12 - Cidade: Monoro 13 - Estado: PR 14 - CEP: 54623-240
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99821-0066

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\$ 1.000,00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

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

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 13654 2

AGÊNCIA: CC:

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) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 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 probarem 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF 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:

Jaqes Miguel da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.002 V002/2019

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: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUES MIGUEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000013657-2

Nr. da Autenticação 2194272174DA6C40





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: 020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 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://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29535>

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 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 Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu José Leidson de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 069 991 654, 24, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jaqes Miguel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 030388824, 39
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Jaqes Miguel da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 030388824, 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Tábata Joem Menescal</u>	Número: <u>75</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Barrocas</u>	Cidade: <u>Manoró</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59623-240</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Manoró-PR 36/06/2020

José Leidson de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:25:26

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309252542100000060154318>

Número do documento: 20111309252542100000060154318

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB 149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LUGO MEDICO

O paciente JACQUES MIGUEL DA SILVA,
39 ANOS de idade, CPF: 010.888.824-19.

HISTÓRICO: Acidente de trânsito
com moto, sofreu trauma do grande
IMPACTO NA CLAVÍCULA e ombro DR.

DIAGNÓSTICO: FRATURA CAVADA,
COMINUTIVA, COMPLEXA do 1/3 médio
da clavícula direita, de indicação
operatória, não realizada.

Procedimento: TRATAMENTO
CONSERVADOR, com uso de imobiliza-
ções e não teve oportunidade de
fisioterapia.

QUADRO DEFINITIVO, sequelas:

- DOR que se exacerba com movi-
mentos, além da limitação de movimentos
- Perda da capacidade funcional ^{do M.D.} LABORAL
e PROFISSIONAL, estimada em 40%.

O atendimento foi NO HATM em
MOSSORÓ R/N. Boletim 7137/2020

Acidente ocorrido em 18.04.2020

CD 10 T92 por S41.0

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone (84) 3317-2636

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h às 9h30min
3ª e 5ª Todas as Manhã

Dr. William Carvalho Ferreira
CRM 1150-MTB 149 RJ





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7137 /2020

Admissão: 18/04/2020 18:33:41

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JAKES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d)

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORO, BRASIL

CPF: 01038882419

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

Prof: PAI: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA

Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71

CEP: 59621240

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.87157196

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: UPA S.A.

Classificação:

18/04/2020 18:31:08

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE TRAUMA REM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Dt e Hora: _____

Exame físico do ombro direito. Dor no local. Sem sinais de trauma. Sem sinais de fratura. Sem sinais de lesão de pele. Sem sinais de lesão de tendão. Sem sinais de lesão de nervo. Sem sinais de lesão de vasos. Sem sinais de lesão de órgãos internos. Sem sinais de lesão de outros órgãos.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 18/04/2020

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () *Recuperação médica* () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:____

Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX DOF FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 18 de Abril de 2020.





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7137 /2020

Admissão: 18/04/2020 18:33:41

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JAKES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d)

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01038882419

Prof:

Pai: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA

Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71

CEP: 59621240

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.87157196

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: UPA S.A.

Classificação:

PESO:

18/04/2020 18:31:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE TRAUMA REM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Dt e Hora: _____

*Queixa - dor no ombro direito.
Ac - fratura, radiolucida
D. - SL de fratura
W: 1. não há com
No 1º grau*

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Ator 15 dias

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 05.05.2020

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Alta médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____ / ____ /20. Hr: ____:

Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 18 de Abril de 2020.



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JACQUES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d)

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01038882419

Prof:

Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

Pai: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA

Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.87157196

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMÍLIA

*Empresa:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE TRAUMA REM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Dt e Hora:

HISTORIA - EXAME FISICO
 OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL
 8 men - and D block.
 1000 - (not) redi chur
 D. SL 2/3 ch.
 6 - 1 - min AS (AM
 No 1 pin

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<p>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO M. AIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 05/05/2020</p> <p>SAME / ARQUIVO</p>	05/05/2020		
<p>Dr. Kéilerte Gurgel Traumatologia CPF 3301</p>			

*SAÍDA: () Recuperação médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Procurar CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____ / ____ /20. Hr: ____:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 18 de Abril de 2020

(Accinar e Carimbar)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

NOME
JAQUES MIGUEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR DE
002085400 SSP RN

CPF
010.388.824-19 DATA NASCIMENTO
06/05/1981

FUNÇÃO
VICENTE MIGUEL DA
SILVA
GEMILDA MARIA DA SILVA

FIRMAÇÃO ACC CATIA
AD

Nº PROTOCOLO 04905895681 VALIDEZ 07/09/2021 1ª HABILITAÇÃO 23/03/2010

OBSERVAÇÃO
EAR:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL Mossoró, RN DATA EMISSÃO 14/02/2017

71814741102
RN702463371

ASSINATURA DO EMISOR

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1410884200

PROIBIDO PLASTIFICAR 1410884200





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:25:26

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309252542100000060154318>

Número do documento: 20111309252542100000060154318

Num. 62732291 - Pág. 21

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - RN 12270 // 00184 Nº 014853346178			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01068939033	*****	2019
LEIDIELENE DE SOUSA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
011.915.724-12		QGD6479	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
QGD 6479 / RN		9C2JC4820FR602928	
PASSAGIRO/MOTONETA/VAO APLICAVEL		COMBUSTÍVEL	
HONDA/813 125 ES		ALCOOL-GASOL	
CAP / POT / OIL	ANO FAB	ANO MOD	
OCV/124 CILINDRADAS	2015	2015	
COTA ÚNICA	COR PREDOMINANTE	VERMELHA	
1 ES 0.00	11/11/2019	1º PAGO	
FAIXA L.P.V.A.	PARC. ELEMENTO / COTAS	2º PAGO	
002006 3X	R\$ 26103	3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO		PRÊMIO TOTAL (R\$)	DPVAT: PAGO
OBSERVAÇÕES			
ALIEH. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54			
ADMINISTRADORA DE CONSUMO NACIONAL HONDA LTDA			
MOTOR: JC482FR602928			
MOBILIDADE / RN			
DATA			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAC - SEGURO DPVAT			
RN Nº 014853346178 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	011.915.724-12	2019	01/11/2019
RENAVAM	PLACA	MARCA / MODELO	
01068939033	QGD6479	HONDA/813 125 ES	
ANO FAB	CAT. TMF	Nº CHASSI	
2015	9	9C2JC4820FR602928	
PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FNS (R\$)	DEVOLUÇÃO (R\$)	IDF (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	PAGAMENTO	PARCELADO	
COTA ÚNICA	DATA DE QUITAÇÃO		
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200295849 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 18/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fraturas cominutivas, cavalgadas no complexo médio da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 25°, abdução aos 30°, adução aos 25°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador, com uso de tipoias por 45 dias. Encontra-se em alta definitiva. 10/06/2020

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2020

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200295849](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JAQUES MIGUEL DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Tabelião Aoem Menescal, 75, Mossoró/RN](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP/RN / 002085400](#)

Data e local do acidente: [18/04/2020 - Mossoró/RN](#)

Data e local do exame: [31/08/2020 - Jucurutu/RN](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -6.05709, longitude: -36.99708](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Fraturas cominutivas, cavalgadas no complexo médio da clavícula direita.](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[A vítima foi submetida a tratamento conservador, com uso de tala por 45 dias. Encontra-se em alta definitiva. 10/06/2020.](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 25°, abdução aos 30°, adução aos 25°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.](#)

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Limitação funcional no ombro direito.](#)

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 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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Ombro Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Dr. Livia Karina Freitas da Silva
Cl. Geral - Obstetrícia
CRM/RN 2345





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 17 14 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06
Canal de Denúncia: 0800-591 2563 | Ouvidoria: 0800-021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200256053

Nome do beneficiário: Joaques Miguel da Silva

Nome do solicitante: Joaques Miguel da Silva

Data da solicitação: 14/08/2020

CPF do beneficiário: 010.388.824-19

CPF do solicitante: 010.388.824-19

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 99824-0066

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Relatório de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Meu pedido de DPVAT foi negado com a justificativa que eu não fiquei com sequelas. Discordo da Negação. Porque que marquei uma perna por o medico mim condizol pessoalmente. Pois fiz um laudo com o medico descrevendo minhas sequelas. Desde ja agradeço

Notado RN 14/08/2020

x Joaques Miguel da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rgo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Joqueis Miguel da Silva, brasileiro (a),
Estado civil: Solteira, Profissão: Procuradora, Data do Acidente: 18/04/2020
Cobertura: Invalidez, Portador (a) do RG: 002 085.400, Órgão Expedidor: SSP RN
e do CPF: 010.388.824-19, residente no(a) Rua Tolonice
Idem Menescal, nº 45
Bairro: Boracoba, Município: Mossoró, RN

OUTORGADO:

Nome: João Zaidson de Sousa Silva, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteiro, Profissão: Promotor de Justiça
Portador (a) do RG: 002.841.008, Órgão Expedidor: SSP RN
E do CPF: 069.991.654-24, residente no(a)
Rua Tolonice Idem Menescal, nº 45
Bairro: Boracoba, Município: Mossoró, RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber Correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



MOSSORÓ - RN 26/05/2020

Local e data

Joqueis Miguel da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

SECRETARIA DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN
Rua Santos Dumont, 19 - Centro - Mossoró - RN
Fone: (84) 3215333 - E-mail: cartorio@cartorio.mossoro.rn

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE (AS) FIRMAS DE JOQUEIS MIGUEL DA SILVA (010.388.824-19)

Carimbo e Assinatura Digital: <https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309252542100000060154318>

Moossoró-RN, 26 de maio de 2020. 09:28

Luana Kariny Mendonça Peres - Tabelião

Substituta

Obr: Inara Lúcia Eudiz 250.155.20.014 - TCI/04/2020

28927338



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jaques Miguel da Silva, brasileiro (a),
Estado civil: Solteiro, Profissão: Padre, Data do Acidente: 18/04/2020
Cobertura: Inválida, Portador (a) do RG: 002 085.400, Órgão Expedidor: SSPRN
e do CPF: 010.388.824-19, residente no(a) Rua Tobias de Alencar
Bairro: Boqueiro, Município: Mossoró, Nº: 75, RN

OUTORGADO:

Nome: João Spidder de Sousa Silva, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteiro, Profissão: Promotor de Justiça
Portador (a) do RG: 002 841.008, Órgão Expedidor: SSPRN
E do CPF: 069.991.654-24, residente no(a) Rua Tobias de Alencar
Bairro: Boqueiro, Município: Mossoró, Nº: 75, RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber Correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



MOSSORÓ - RN, 26/05/2020

Local e data

Jaques Miguel da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

SELO DIGITAL DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE (S) (Assinatura) de JACQUES MIGUEL DA SILVA (010.388.824-19)

Confira em: <https://selodigital.tjn.jus.br>

Selo Digital: RN202000049450022183NNE

Mossoró-RN, 26 de maio de 2020 09:20

Lúcia Karina Mendonça Fernandes - Tabelião

Substituta

Plano de luz e água: 2.80/552N 0.14 - TOTAL 0.91

AB2733F



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201620/20

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

CPF: 010.388.824-19

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAQUES MIGUEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA : 069.991.654-24

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

JAQUES MIGUEL DA SILVA : 010.388.824-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/07/2020
Nome: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA
CPF: 069.991.654-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232055/20

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

CPF: 010.388.824-19

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAQUES MIGUEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA : 069.991.654-24

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

JAQUES MIGUEL DA SILVA : 010.388.824-19

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: 18/08/2020
Nome: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA
CPF: 069.991.654-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

