



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
62732 291	13/11/2020 09:25	<u>2766251_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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

Pag. 0105501056 - carta_01 - INVALIDEZ



00020528



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=2011130925254210000060154318>
Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 1



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 15063596



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=2011130925254210000060154318>
Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 2

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.

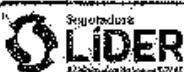
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do simbolo da ASU: 3 - CPF da Vítima: 4 - Nome completo da vítima:

030 388 824-39

Jaquez Miguel da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR USEP - N°415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDP): 17 - Tel (DDP):

Jaquez Miguel da Silva

Rua Taboão Doen Menescal

030 388 824-39

02a

54623-240

(31) 99827-0066

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: RÉGUL. INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.401,00 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 abertos. Abra a sua conta)

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (011) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: DIGITO:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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, de maneira e somente após a efetivação do crédito, quitação total da valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE ENDURO DO RAL - 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 8.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a requisito do incidente ou da minha residência;
- 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada e a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica, presente ou não necessária, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões normais e devidamente documentadas em acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.134/74.

Declaro que esta autorização não significa, prévia concordância com a futura avaliação médica da/validade do direito de contestar a avaliação médica, caso dispor do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (lo Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do falecimento:

25 - Grau de parentesco com a vítima: Filho(a) Vô(a) Neto(a) Irmão(a) Irmão(a) de casado(a) Se a vítima deixa companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não

Estevo ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração à Lei artigo 239 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

35 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

38 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

39 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

40 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

41 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) Nome: CPF:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Nome: CPF:

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Nome: CPF:

FPS.001 V002/2019

AUTOATENDIMENTO = AG: MOSASORO RN
DATA: 30/05/2020 HORA: 12:39:43
TERMINAL: 05601027 CONTROLE: 056010270135

DEPÓSITO EM DINHEIRO
CONTA CREDITADA: 3064 013.00013657-2
NOME: JAQUES MIGUEL DA SILVA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 6001
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84.98960-9618
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 da(s) opção(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do simbolo da ASU: 3 - CPF da Vítima: 4 - Nome completo da Vítima:

030 388 824-39

Jaquez Miguel da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR USEP - N°415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDP): 17 - Tel (DDP):

Jaquez Miguel da Silva

Rua Taboão Doen Menescal

030 388 824-39

Casa

54623-240

(31) 99827-0066

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: RÉGULO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.401,00 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 abertos. Abra a sua conta)

Bradesco (237) Itaú (343)

Banco do Brasil (011) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: DIGITO:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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, de maneira e somente após a efetivação do crédito, quitação total da valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE ENDURO DO RAL - 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 8.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a requisito do incidente 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.

Salvo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada e a apresentação do laudo do IML, concordado, desde já, em não submeter à análise médica, presente, ou não necessária, à custa da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões normais e devidamente documentadas em acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.134/74.

Declaro que esta autorização não significa, prévia concordância com a futura avaliação médica da validade do direito de contestar a avaliação médica, caso dispor do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (lo Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do falecimento:

25 - Grau de parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Parente de 3º grau ou mais Neta(neto) Parente de 4º grau ou mais Neta(neto) Se a vítima deixa companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não

Estevo ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração à Lei artigo 239 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo) 35 - Nome legal de quem assina o pedido (a logotipo) 36 - CPF logável de quem assina o pedido (a logotipo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a logotipo)

38 - 18 - Nome: CPF: Assinatura da Testemunha:

39 - 28 - Nome: CPF: Assinatura da Testemunha:

40 - Local e data: Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante): Assinatura do Provedor (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Provedor (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 45 - Assinatura do Provedor (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 47 - Assinatura do Provedor (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 49 - Assinatura do Provedor (se houver):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 51 - Assinatura do Provedor (se houver):

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 53 - Assinatura do Provedor (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 55 - Assinatura do Provedor (se houver):

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 57 - Assinatura do Provedor (se houver):

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 59 - Assinatura do Provedor (se houver):

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 61 - Assinatura do Provedor (se houver):

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 63 - Assinatura do Provedor (se houver):

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 65 - Assinatura do Provedor (se houver):

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 67 - Assinatura do Provedor (se houver):

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 69 - Assinatura do Provedor (se houver):

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 71 - Assinatura do Provedor (se houver):

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 73 - Assinatura do Provedor (se houver):

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 75 - Assinatura do Provedor (se houver):

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 77 - Assinatura do Provedor (se houver):

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 79 - Assinatura do Provedor (se houver):

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 81 - Assinatura do Provedor (se houver):

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 83 - Assinatura do Provedor (se houver):

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 85 - Assinatura do Provedor (se houver):

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 87 - Assinatura do Provedor (se houver):

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 89 - Assinatura do Provedor (se houver):

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 91 - Assinatura do Provedor (se houver):

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 93 - Assinatura do Provedor (se houver):

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 95 - Assinatura do Provedor (se houver):

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 97 - Assinatura do Provedor (se houver):

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 99 - Assinatura do Provedor (se houver):

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 101 - Assinatura do Provedor (se houver):

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 103 - Assinatura do Provedor (se houver):

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 105 - Assinatura do Provedor (se houver):

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 107 - Assinatura do Provedor (se houver):

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 109 - Assinatura do Provedor (se houver):

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 111 - Assinatura do Provedor (se houver):

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 113 - Assinatura do Provedor (se houver):

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 115 - Assinatura do Provedor (se houver):

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 117 - Assinatura do Provedor (se houver):

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 119 - Assinatura do Provedor (se houver):

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 121 - Assinatura do Provedor (se houver):

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 123 - Assinatura do Provedor (se houver):

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 125 - Assinatura do Provedor (se houver):

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 127 - Assinatura do Provedor (se houver):

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 129 - Assinatura do Provedor (se houver):

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 131 - Assinatura do Provedor (se houver):

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 133 - Assinatura do Provedor (se houver):

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 135 - Assinatura do Provedor (se houver):

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 137 - Assinatura do Provedor (se houver):

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 139 - Assinatura do Provedor (se houver):

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 141 - Assinatura do Provedor (se houver):

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 143 - Assinatura do Provedor (se houver):

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 145 - Assinatura do Provedor (se houver):

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 147 - Assinatura do Provedor (se houver):

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 149 - Assinatura do Provedor (se houver):

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 151 - Assinatura do Provedor (se houver):

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 153 - Assinatura do Provedor (se houver):

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 155 - Assinatura do Provedor (se houver):

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 157 - Assinatura do Provedor (se houver):

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 159 - Assinatura do Provedor (se houver):

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 161 - Assinatura do Provedor (se houver):

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 163 - Assinatura do Provedor (se houver):

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 165 - Assinatura do Provedor (se houver):

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 167 - Assinatura do Provedor (se houver):

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 169 - Assinatura do Provedor (se houver):

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 171 - Assinatura do Provedor (se houver):

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 173 - Assinatura do Provedor (se houver):

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 175 - Assinatura do Provedor (se houver):

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 177 - Assinatura do Provedor (se houver):

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 179 - Assinatura do Provedor (se houver):

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 181 - Assinatura do Provedor (se houver):

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 183 - Assinatura do Provedor (se houver):

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 185 - Assinatura do Provedor (se houver):

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 187 - Assinatura do Provedor (se houver):

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 189 - Assinatura do Provedor (se houver):

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 191 - Assinatura do Provedor (se houver):

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 193 - Assinatura do Provedor (se houver):

194 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 195 - Assinatura do Provedor (se houver):

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 197 - Assinatura do Provedor (se houver):

198 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 199 - Assinatura do Provedor (se houver):

200 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 201 - Assinatura do Provedor (se houver):

202 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 203 - Assinatura do Provedor (se houver):

204 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 205 - Assinatura do Provedor (se houver):

206 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 207 - Assinatura do Provedor (se houver):

208 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 209 - Assinatura do Provedor (se houver):

210 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 211 - Assinatura do Provedor (se houver):

212 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 213 - Assinatura do Provedor (se houver):

214 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 215 - Assinatura do Provedor (se houver):

216 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 217 - Assinatura do Provedor (se houver):

218 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 219 - Assinatura do Provedor (se houver):

220 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 221 - Assinatura do Provedor (se houver):

222 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 223 - Assinatura do Provedor (se houver):

224 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 225 - Assinatura do Provedor (se houver):

226 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 227 - Assinatura do Provedor (se houver):

228 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 229 - Assinatura do Provedor (se houver):

230 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <input type="text

AUTOATENDIMENTO = AG: MOSASORO RN
DATA: 30/05/2020 HORA: 12:39:43
TERMINAL: 05601027 CONTROLE: 056010270135

DEPÓSITO EM DINHEIRO
CONTA CREDITADA: 3064 013.00013657-2
NOME: JAQUES MIGUEL DA SILVA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 6001
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84.98960-9618
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:

DIAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

1030388824-39

4 - Nome completo da vítima:

Jaquez Miguel da Silva

5 - Nome completo:

Jaquez Miguel da Silva

6 - CPF:

030388824-39

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua Taboão Doen Menescal

9 - Número: 75

10 - Complemento: C 020

11 - Bairro: Barrocas

12 - Cidade: Itanópolis

13 - Estado: SP

14 - CEP: 54623-240

15 - E-mail:

Naõ Posui

16 - Tel (DDI): (34) 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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
 RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 13657 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, 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 [noveventa] 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 este 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(s):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos:

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: Falecidos:

Sim Não

30 - Vítima deixou netos (nietos):

Sim Não

31 - Vítima teve netos:

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: 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 meio de aqueles 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

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:

J 02/06/16 30/06/2020

Jaquez Miguel da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

45 - Assinatura do Procurador (se houver)





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.defessocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

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

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00
2.3 Número: SN
2.5 Complemento:
2.7 Bairro: ZONA RURAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAQUES MIGUEL DA SILVA
3.3 Endereço: BRANCO
3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 01038892419
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: PEDREIRO
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 75
3.19 Bairro: BARROCAS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 08/05/1981

3.8 RG: 002085400 - SEPRN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA TABELAO AOEM MENESCAL

3.18 CEP: 59621240

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/BR 125 PLACA QGD6479 RENAVAN 01063939033 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: JAQUES MIGUEL DA SILVA

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

10. PROVIMENTO (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.defessocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

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

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00
2.3 Número: SN
2.5 Complemento:
2.7 Bairro: ZONA RURAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAQUES MIGUEL DA SILVA
3.3 Endereço: BRANCO
3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 01038892419
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: PEDREIRO
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 75
3.19 Bairro: BARROCAS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 08/05/1981

3.8 RG: 002085400 - SEPRN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA TABELAO AOEM MENESCAL

3.18 CEP: 59621240

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 01063939033 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: JAQUES MIGUEL DA SILVA

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

10. PROVIMENTO (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: JAQUES 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: JAQUES 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

DADOS CADASTRAIS		<p>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</p> <p>2 - No do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 1000 388 824-59 4 - Nome completo da vítima: Júguer Miguel da Silva</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</p> <p>5 - Nome completo: Júguer Miguel da Silva</p> <p>6 - CPF: 050 388 824-59</p> <p>7 - Profissão: Pedreiro</p> <p>8 - Endereço: Rua Taboão Doen Menescal</p> <p>9 - Número: 10 Complemento: 020</p> <p>11 - Bairro: Barrocas</p> <p>12 - Cidade: São Paulo</p> <p>13 - Estado: SP</p> <p>14 - CEP: 59623-240</p> <p>15 - E-mail: Naõ Posui</p> <p>16 - Tel. (DDD): (34) 99821-0066</p>	
<p>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</p> <p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>18 - CPF do Representante Legal:</p> <p>19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p>			
<p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</p> <p><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</p>			
<p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)</p> <p><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (fatos ou bancos)</p> <p><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____</p> <p>AGÊNCIA: 3064 CONTA: 13657 AGENCIA: _____ CONTA: _____</p> <p>(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)</p>			
<p>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.</p>			
<p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>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 nº 1.947/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.</p>			
<p>23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos 30 - Vítima deixou netos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve netos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.</p>			
<p>34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____</p> <p>40 - Local e Data, _____ J. 02/06/16 16/06/2020 Assinatura da última/beneficiário (declarante) _____</p> <p>41 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>			
<p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>TPS.001 V002/2019</p>			

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



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=2011130925254210000060154318>
Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 13



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

Para maiores 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 10h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1806 / 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 Dividória: 0800 023 93 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 PELA 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.033/98.

Pelo exposto, eu José Leidson de Souza Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 069 991 654, 24, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jaque Miguel da Silva Inscrito (a) no CPF sob o N° 030388 824, 39,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jaque Miguel da Silva
Inscrito (a) no CPF sob o N° 030388824, 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Reclamou Renda: Reclamou 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. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Taboão Deen Menescal</u>	Número:	<u>75</u>	Complemento:	<u>Casa</u>	
Bairro:	<u>Barrocas</u>	Cidade:	<u>Manaus</u>	Estado:	<u>AM</u>	
E-mail:	<u>Não Possui</u>				CEP:	<u>69023-240</u>
					Tel.(DDD):	<u>(61) 99827-0066</u>

Local e Data:

Manaus-AM 36/06/2020

José Leidson de Souza Silva

Assinatura do Declarante

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

ANAMNESE

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

HISTÓRICO: Acidente de trânsito
com moto, sofreu trauma de grande
impacto na clavícula e outros loc.

DIAGNÓSTICO: Fratura clavicular
cominutiva, complexa de 1/3 mediano
da clavícula direita, de indicação
operatória, não realizada.

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO
CONSERVADOR, com uso de imobiliza-
ção e uso de férula ortopédica de
fisioterapia.

QUADRO DEFINITIVO; Sintomas:
a) DOR que se exacerba com movi-
mentos, além de limitação de movimento
b) Perda da capacidade funcional
e aprofundada, estimada em 40%.

O atendimento foi no HHTM em
Mossoró-RN. Boletim 7137/2020

Acidente ocorrido em 18.09.2020

CD 10 T92 por S42.0

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

Horário 24h, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

XXXXXXXX

Fax: (84) 3317-2636
E-mail: clinica@policlinica.com.br
Endereço: Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone (84) 3317-2636

Clinica Octávia Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone (84) 3317-2636
Horário 24h, 4ª e 6ª a partir das 7h às 9h30min
3ª e 5ª Todas as manhã





SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 7137 /2020
Admissão: 18/04/2020 18:33:41

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JAQUES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 06/03/1981 Natural: MOSSORÓ, BRASIL Prof:
CNS: CPF: 01038882419 Pai: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA
Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71 Cidade: MOSSORÓ
Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71 Bairro: BARROCAS
CEP: 59621240 Telefone: 84 87157196 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Tipo: REGULADO
***Empresa:**

Tipo: REGULADO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Queixas: VITIMA

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO
EM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Spontâneo - dor \rightarrow dor.
- \leftarrow (proto) edema clínico
 \rightarrow - s. depecil.
 \rightarrow - c. - rai \rightarrow com
neoplasia

Diseño Inicial:

Assignment

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

Proc. Data: ____/____/20. Hr: ____ : ____ Médico: _____
(Assinar e Carimbar)

¹Corrido via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 18 de Abril de 2020.

(Assinar e Carimbar)





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 7137 /2020

Admissão: 18/04/2020 18:33:41

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

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

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORÓ-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: MOSSORÓ

CEP: 59621240

Bairro: BARROCAS

Telefone: 84.87157196

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: UPA S.A.						Classificação:		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: _____

Dorsal - dor no ombro direito
 dor no braço direito
 dor no cotovelo
 dor no antebraço
 dor no punho
 dor no dedo

Assin:

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISO N.ÍIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 06/04/2020

SANE / ARQUIVO

Dr. Keilente Gurgel
 Ortopedia e Traumatologia
 CRMN 07002 RQE 3301

*SAÍDA: () Saída médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Proconchar 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

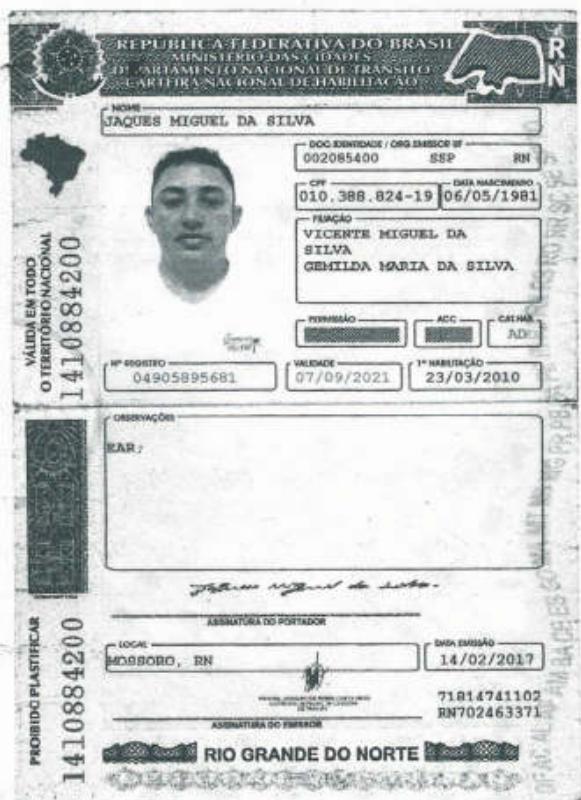


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/11/2020 09:25:26

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011130925254210000060154318

Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 19



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=2011130925254210000060154318>
Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETRAN - RN 17270 // 00184 Nº 014853346178 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAN	R. N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	01068939033	*****	2019
LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA			
CPF / CNPJ	PLACA	PLACA	PLACA
011.915.724-12	QGD 6479	QGD 6479	QGD 6479
PLACA ANTO/LF	CHASSI	CHASSI	CHASSI
QGD 6479 / RN	9C2JG1820FR602928	9C2JG1820FR602928	9C2JG1820FR602928
ESPECIE: TIPO	COMBUSTIVEL	COMBUSTIVEL	COMBUSTIVEL
OCV/124 CILINDRADAS	ALCOOL + GÁSOL	ALCOOL + GÁSOL	ALCOOL + GÁSOL
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO FAB.	ANO FAB.
HONDA/ BIZ 125 ES	2015	2015	2015
CAP / POT / CIL	COR PREDOMINANTE	CAT. (NPF)	CAT. (NPF)
OCV/124 CILINDRADAS	ARTICULAR	9	9
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
R\$ 0,00	1º PAGO	2º PAGO	3º PAGO
FAKA / FVA	PARC. LAMENTO/COTAS	PARC. LAMENTO/COTAS	PARC. LAMENTO/COTAS
A 002.005.3X	R\$ 26,03	R\$ 26,03	R\$ 26,03
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	10F (R\$) ***	DPVAT: PAGO	DPVAT: PAGO
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54		GARANTIAS: 45.441.789/0001-54	
ADM. DISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL HONDA LTDA.		ADM. DISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL HONDA LTDA.	
NOMOR: JC48ER2502928		NOMOR: JC48ER2502928	
CONTRRN		CONTRRN	
MOSSORÓ/ RN		MOSSORÓ/ RN	

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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	
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	01/11/2019
CPF / CNPJ	PLACA
011.915.724-12	QGD 6479
RENAVAM	MARCA / MODELO
01068939033	HONDA/BIZ 125 ES
ANO FAB.	ANO FAB.
2015	2015
CAT. (NPF)	CAT. (NPF)
9	9
9C2JG1820FR602928	9C2JG1820FR602928
PRÉMIO TARIFÁRIO	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
DEBAHTRAN (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	
ICF (R\$)	
TOTAIS DE BILHETE (R\$)	
DATA DE CITAÇÃO	
PAGAMENTO	
COTA ÚNICA	
PARCELAZO	
DATA	

SEGURADORA 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 atrofias 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 sequelas

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 tipoias 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 atrofias 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.](#)

IV. Nexo 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:


Cl. Geral - URGENTE
CRM/BA 2748



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=2011130925254210000060154318>
Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 24



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, 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): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-2596 / Outras regiões: 0800-022 12 14 / DAS 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: 0800-923 9135

Número do pedido DPVAT: 3200256053

Nome do beneficiário: Jaques Miguel da Silva

Nome do solicitante: Jaques Miguel da Silva

Data da solicitação: 14/08/20
DAS 14h30min

CPF do beneficiário: 010.388.824-19

CPF do solicitante: 010.388.824-19

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 99891-0066

Tel. Comercial: (84)

Tel. Residencial: (84)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDO DA NEGATIVA

DISCÓRDO DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Título do IMI
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

[DESCRVER]

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

Meu pedido de DPVAT foi negado com a justificativa que eu não digui com aquele(s) .
 Discreto da Negociação . Pense que morquei uma petisca para o medico mim condizol .
 petoedamente . Pelo qz um laude com o medico descrevendo minhos laqueados .
 Desde já agradeço

Notícias RN 14/08/2020
Local e Data

Jaques Miguel da Silva

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

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima: só alfabetizado;

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jacques Miguel da Silva, brasileiro (a),
Estado civil: Solteiro Profissão: Recepcionista Data do Acidente: 18/04/2020
Cobertura Imobilizado Portador (a) do RG: 002 841 400 Órgão Expedidor:
SSPRN e do CPF: 010 388 824-19, residente no(a) Rua Tolentino
José Menescal nº 45
Bairro: Bóvaros Município: Moçambique / RN

OUTORGADO:

Nome: José Leidson de Souza Silva, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteiro Profissão: Recepcionista de Venda,
Portador (a) do RG: 002 841 008 Órgão Expedidor: SSPRN
E do CPF: 069 391 654-24 residente no(a) nº 45
Rua Tolentino José Menescal
Bairro: Bóvaros Município: Moçambique / 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

Jacques Miguel da Silva
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jacques Miguel da Silva, brasileiro (a),
Estado civil: Solteiro, Profissão: Revisor, Data do Acidente 18/04/2020
Cobertura Invalides, Portador (a) do RG 002 085 400, Órgão Expedidor:
SSPRN e do CPF: 010 388 824-19, residente no(a) Rua Tolivaldo
Dom. Menescal, Bairro Borboreta, Município: Uletoboro, nº 75, RN

OUTORGADO:

Nome: John Spilson de Souza Silva, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteiro, Profissão: Promotor de Vendas,
Portador (a) do RG: 002 841 008, Órgão Expedidor: Step RN
E do CPF: 069 991 654-24, residente no(a) 75
Rua Tolivaldo Dom Menescal, Bairro: Borboreta, Município: Uletoboro, 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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

REGISTRO
TJRN
2020

MOSSORÓ - RN, 26/05/2020

Local e data

Jacques Miguel da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

ESTADO DE RIO GRANDE DO NORTE - RN
Av. Beira Mar, 19 - Centro - Mossoró - RN
CNPJ: 00.321.111/0001-00 - CNPJ: 15.321.111/0001-00
Fone: (84) 3222-1111 - E-mail: ssp@rn.gov.br - www.ssp.rn.gov.br

RECONHECIMENTO AUTENTICIDADE (Imprimir) de JACQUES
MIGUEL DA SILVA (010 388 824-19)

Confira em: <https://seusugravel.jfrn.jus.br/autenticidade/autenticar/18388>
Data: 26 de maio de 2020 09:20
Local: Mossoró - RN
Assunto: Fazenda Pública - Tabelião
Subsídio: 2.655,20 - 0,14% - TOTAL: 2.655,20
P. de justa: Email: 2.655,20 - 0,14% - TOTAL: 2.655,20
ABR2338



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: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

GERCA LOURENCO DA SILVA



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=2011130925254210000060154318>
Número do documento: 2011130925254210000060154318

Num. 62732291 - Pág. 28

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: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

GERCA LOURENCO DA SILVA

