
Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258270

Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data do Acidente: 19/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO PEREIRA REINALDO

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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200258270 Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data do Acidente: 19/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO PEREIRA REINALDO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

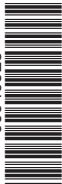
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258270

Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data do Acidente: 19/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO PEREIRA REINALDO

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **RODRIGO PEREIRA REINALDO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000002828-2**

Conta: **0000020253-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

700.638.334-57

Rodrigo Pereira Rinaldo

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

5 - Nome completo:

Rodrigo Pereira Rinaldo

6 - CPF:

700.638.334-57

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Anselmo Luciano

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Penha

12 - Cidade:

Banana

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.695-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 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

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:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2878 2

CONTA:

20.253 3

(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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ 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: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vulnoso)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não indenizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Shossoro 02 de julho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rodrigo Pereira Rinaldo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ATAÍCIO JALE DE OLIVEIRA

42 - Assinatura do Representante Legal (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 à verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.delegaciavirtual.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015989

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/05/2020 08:20:07

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/02/2020 19:40:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA HERMENEGILDO MONTENEGRO

2.4 CEP: 59.695-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BANCO DE BARAÚNA/RN

2.8 Cidade: BARAÚNA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RODRIGO PEREIRA REINALDO

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70063831457

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão:

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 29

3.19 Bairro: CENTRO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ VALDECI DA S REINALDO

3.6 Data de Nascimento: 28/05/1999

3.8 RG: 3142619 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANSELMO LEANDRO

3.18 CEP: 59695000

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

A vítima informa que no dia, horário e local acima informado transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda CG 125 FAN KS, Chassi 9C2JC4110CR496388, Renavam 00457899484, Placa NNZ 2523/RN, 2012/2012, de cor vermelha, licenciada em nome de José Valdecir da Silva Reinaldo, quando foi surpreendido por outra motociclista, que adentrou na via de forma repentina, tendo colidido na vítima que caiu ao solo bruscamente, ocasião em que foi resgatado pelo SAMU, e encaminhado ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

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: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data: 07/05/2020 09:16:05

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DRP DE MOS

Atendimento: 1591368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 08/05/2020 08:28:11

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x Rodrigo Pereira Reinaldo



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 à verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.delegaciavirtual.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015989

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/05/2020 08:20:07

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/02/2020 19:40:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA HERMENEGILDO MONTENEGRO

2.4 CEP: 59.695-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BANCO DE BARAÚNA/RN

2.8 Cidade: BARAÚNA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RODRIGO PEREIRA REINALDO

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70063831457

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão:

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 29

3.19 Bairro: CENTRO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ VALDECI DA S REINALDO

3.6 Data de Nascimento: 28/05/1999

3.8 RG: 3142619 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANSELMO LEANDRO

3.18 CEP: 59695000

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

A vítima informa que no dia, horário e local acima informado transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda CG 125 FAN KS, Chassi 9C2JC4110CR496388, Renavam 00457899484, Placa NNZ 2523/RN, 2012/2012, de cor vermelha, licenciada em nome de José Valdecir da Silva Reinaldo, quando foi surpreendido por outra motociclista, que adentrou na via de forma repentina, tendo colidido na vítima que caiu ao solo bruscamente, ocasião em que foi resgatado pelo SAMU, e encaminhado ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

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: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data: 07/05/2020 09:16:05

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DRP DE MOS

Atendimento: 1591368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 08/05/2020 08:28:11

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x Rodrigo Pereira Reinaldo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

700.638.334-57

Rodrigo Pereira Rinaldo

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

5 - Nome completo:

Rodrigo Pereira Rinaldo

6 - CPF:

700.638.334-57

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Anselmo Luciano

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Penha

12 - Cidade:

Banana

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.695-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 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

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:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2878 2

CONTA:

20.253 3

(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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ 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: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vulnoso)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não indenizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Shossoro 02 de julho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rodrigo Pereira Rinaldo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ATAÍCIO JALE DE OLIVEIRA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 31/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO PEREIRA REINALDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02828-2

CONTA: 000000020253-3

Nr. da Autenticação 331AF3BA3CA89287

2a VIA



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE PAULO CESAR JALES DE OLIVEIRA CPF: 052.837.764-76		DATA DE VENCIMENTO 30/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 53,57		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/06/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/06/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 044248616 Série: U		CONTA CONTRATO 007011717017 Nº DO CLIENTE 3011168904 Nº DA INSTALAÇÃO 0000481678	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA RICARDO LIMA 16 AEROPORTO/AREA URBANA 59607-720 MOSSORO RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cpsm.com.br		RESERVADO AO FISCO A158.1081.B89E.D460.3FB3.E41F.86F0.9330					

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0008000000020274368	CAT	25/05/2020	21.962,00	23/06/2020	22.036,00	29	1.088008	0.00	74.00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETTURA: 24/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAI	META TRIM.	META ANUAL
abr/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ III	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vazas sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
OMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,50	0,50
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,72		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,84					

Toda Consumidor pode solicitar a aprovação das Indicações DIC, FIC, OMC e DICRI e qualquer

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você super alternativo de alimentos: av João da escossia, 117, doze anos / supermercado queiroz: rua francisco sofón, 226, boa vista lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para as operações de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	282	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007011717017	06/2020	53,57	30/06/2020	

838300000004 535700384078 011717017201 014161866034



Evite dobrar, perfurar ou riscar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Patrício Jales de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.109.874 / 02
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo Pereira Reinaldo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 300.658.314 / 57 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Rodrigo Pereira Reinaldo inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.658.314 / 57, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Ricardo de Almeida</u>		Número <u>16</u>	Complemento
Bairro <u>Aeroporto</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59607-720</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró, 07 de Julho de 2020
Local e Data

Patrício Jales de Oliveira
Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 22874 - RODRIGO PEREIRA REINALDO (26 a 8 m 22 d)

Nascimento: 28/05/1993

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 707404032828979

CPF: 70063831457

Prof: AGRICULTOR

Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

Pai: JOSE VALDECIR DA S REINALDO

Logradouro: PEDRO FRANCA DE ARAUJO, 6

CEP: 59695000

Bairro: CINDERELA

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94691155

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: UPA AEROPORTO

*Empresa:

OBS: vindo com samu

Classificação:

19/02/2020 20:40:44

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em mmil esquerdo.

Dt e Hora: 21.00 Paciente vítima de colisão com moto há 01 hora. veio sob protocolo do SAMU.

Não apresenta dor. Não perde de consciência, náuseas, vômitos e urtúria. Refere dor na região mandibular esquerda e perna esquerda.

A: Insuflação pulmonar, com coloração normal. Ruído cardíaco.

B: MM presentes, bilateralmente simétricas e difusas, sem ruídos adventícios. Sem espasmos subcutâneos.

C: RCR, estável hemodinamicamente, sem sinais de choque PA: 140 x 90 FC: 76 bpm

D: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotométricas

E: Escala de dor na região mandibular e molar. Provável fratura de perna esquerda.

Diagn. Inicial: Trauma

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1) Paciente avaliado e tratado pela traumatologia

2) Alta de urgência qual + curativos

3) Dito 5x 75mg

4) 500mg 1500ml

Dr. Paulo Roberto N. Mendes
CRM-RN 2465
RPP: 198.198.198.198

5) Dito 02mg + ASBV 6/6h.

6) Tobacil 40g BV

7) Fala 1200mg BV

8) Dorso 12 Hrs

Dr. Vicente Andrade
CRM-RN 3592 - RPP 10481

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

CID

Proc.

Data: ___/___/20. Hr: ___:___

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 19 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13.03.2020

SAME / ARQUIVO

19/02/2020 22h

Acordo de honor.

Trans NO M I Grd.

Trans + Renda Fim L.

R: Fatos sobre de
Tirsin.

Dr. Fico

Procurador
Gloria.

Via Sis Pub

HOSPITAL REGIONAL TARCIS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13/03/2020
35/20
SAME / ARQUIVO

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481



Nome: Rodrigo Pereira Reinaldo Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
20/02/20	1º DTH
	Observação pela neurologia, cirurgia geral e Ortopedia
	Fratura tibial E. Aguarda cirurgia ambulatorialmente
	Evólui estável, com melhora da dor
	cd: Alta hospitalar para aguardar cirurgia em casa
	no município de origem para agendamento de cirurgia no SPS REG

PRESCRIÇÃO

[illegible]

MASS OBSERVAT JAKOUBSKA 1200
LETA OD FORME O ORIGINALE
1870-1880
KRAJSTVO
KRAJSTVO



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 22874 - RODRIGO PEREIRA REINALDO (26 a 8 m 22 d)

Nascimento: 28/05/1993

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 707404032828979

CPF: 70063831457

Prof: AGRICULTOR

Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

Pai: JOSE VALDECIR DA S REINALDO

Logradouro: PEDRO FRANCA DE ARAUJO, 6

CEP: 59695000

Bairro: CINDERELA

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94691155

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: UPA AEROPORTO

*Empresa:

OBS: vindo com sarnu

Classificação:

19/02/2020 20:40:44

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em mmil esquerdo.

Dt e Hora: 21/02/2020 Paciente vítima de colisão com moto há 01 hora. Vio no protocolo do SAMU. No peritório copiado. Negro, pouco de consciência, náusea, vômitos e uplura. Refere dor na região mandibular mandibular e perna esquerda.

A: IMC ativo, pálido, com color amarelado. Negro cervical.

B: MV presentes, bilateralmente simétricos e difusos, sem ruídos adventícios. Sem efusões subcutâneas.

C: RCR, estável hemodinamicamente, sem sinais de choque. PA: 140 x 90 FC: 76 bpm

D: Glasgow 15. pupilas isocóricas e fotométricas

E: Exame físico na região mandibular e molar. Provável fratura de perna esquerda!

Assin:

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1) Poinx analógico, tratamento pela traumatologia

2) Alta de urgência qual + curativos

3) D-5 x 75mg

4) 500mg 1500ml 0.9

Dr. Roberto N. Mendes
CRM-RN 2465
RPP: 100.050-101-08

5) D-5 x 75mg 0.25 + 0.25 0.5/6h.

6) Tobacil 90g 0.5

7) Tobacil 1000 0.5/6h

8) Dorso 100 12 Hrs

Dr. Vicente Andrade
CRM-RN 3592 - RPP 100.050-101-08

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

CID

Proc.

Data: ___/___/20. Hr: ___:___

Médico:

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 19 de Fevereiro de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

13/03/2020

SAME / ARQUIVO

19/02/2020 22h

Acordo de honor.

Trans No M I Gr.
Grat + Renda Fixa L.

R: Fátima Sobrinho de
Túria.

Cl. Fries.

Procurador
Gleória.

Via Sis Pub

HOSPITAL REGIONAL TARCIS
ESTÁ CONFORME O ORIG.
SANE MOSSORÓ 13/02/2020
SANE / ARQUIVO

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481

Nome: Rodrigo Pereira Reinaldo Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
20/10/20	1º DTH
	Observação: na neurologia, cirurgia geral e Ortopedia
	Fratura tibial E aguarda cirurgia ambulatorialmente
	Evólui estável, com melhora da dor
	ad: Alta hospitalar para aguardar cirurgia em casa
	no município de origem, com agendamento de cirurgia no SES REG

PRESCRIÇÃO

[illegible]

EVO

Nome: João

DATA

20/01/20



20
20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE LICENCIAMENTO		CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		PATRICIO JALES DE OLIVEIRA					RN
DOI IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF		002054384 ITEP RN					
CPF		010.109.874-02		DATA NASCIMENTO		23/06/1978	
FILIAÇÃO		GERALDO CANDIDO DE OLIVEIRA PATRICINIA JALES DA SILVA OLIVEIRA					RN
PERMISSÃO		ACC		CAT. HABIL.		A2	
Nº REGISTRO		04358611840		VALIDADE			12/05/2008
OBSERVAÇÕES							
ASSINATURA DO TITULAR		PATRICIO JALES DE OLIVEIRA					
LOCAL		MOSSORO, RN		DATA EMISSÃO		03/08/2018	
ASSINATURA DO DIRETOR		LUIZ EDDUARDO MACHADO PEREIRA Diretor Geral - Detran/RN		16454406401 EN703953915			
RIO GRANDE DO NORTE							

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO




Rodrigo Pereira Reinaldo

CARTÃO DE IDENTIDADE

3142619 1.VIA 18/04/2008
RODRIGO PEREIRA REINALDO

JOSE VALDECIR DA S REINALDO
ROSILENE DALVA PEREIRA

MOSSORO RN 28/05/1993

CERT.NASC.No.15019 L.24 F.79
BARAUNA RN CARTORIO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
700.638.314-57

Nome
RODRIGO PEREIRA REINALDO

Inscrição em
28/05/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
31A0.C8CB.63AD.D43A

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 12025 - // 00076 Nº 014529232707
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00457899484 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE VALDECIR DA SILVA REINALDO

CPF / CNPJ 012.768.944-30 PLACA NNZ2523

PLACA ANT. / UF NNZ2523/RN CHASSI 9C2JC4110CR496368

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. POT. / CIL. OCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 27/06/2019 VENC. / COTAS 1º PAGO

FAXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO A 002844 3X R\$ ***** 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: JC41E1C496368

BARAUNA/RN DATA 27/06/2019

Coordenador de Registro de Veículos

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014529232707 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 2019 DATA EMISSÃO 27/06/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 012.768.944-30 PLACA NNZ2523

RENAVAM 00457899484 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2012 CAT. TARF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4110CR496368

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203185/20

Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

CPF: 700.638.314-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/02/2020

Titular do CPF: RODRIGO PEREIRA REINALDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PATRICIO JALES DE OLIVEIRA : 010.109.874-02

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

RODRIGO PEREIRA REINALDO : 700.638.314-57

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: 21/07/2020
Nome: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA
CPF: 010.109.874-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203185/20

Número do Sinistro: 3200258270

Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

CPF: 700.638.314-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/02/2020

Titular do CPF: RODRIGO PEREIRA REINALDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA
CPF: 010.109.874-02

PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Prezados,

Solicito análise do Boletim de Ocorrência enviado, tendo em vista que as delegacias da cidade não reabriram para atendimento, muito menos para realizar Boletins de ocorrência.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258270 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO **Data do acidente:** 19/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rodrigo Pereira Reinaldo
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 3142619 **CPF:** 700.638.314-57
Endereço: Rua: Anselmo Leandro, 29, Centro

OUTORGADO:

Nome: Patricio Jales de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Casado
Profissão: Motorista
Identidade: 002054384 **CPF:** 010.109.874-02
Endereço: Rua: Ricardo Lima, 16. Aeroporto.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima :
Rodrigo Pereira Reinaldo

BARAUNA-RN 04/06/2020
Local e data

Radriyng I. Ikhin Reinalab

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por
autenticidade).

CARTÓRIO
DA PREFEITURA

REC. DE FIRMA Nº 2020-001511

REC. DE FIRMA Nº 2020-0
Reconheço por autenticidade a firma da...

Deu fé, em testemunha de verdade.

Selo Digital: RN20200940450020473564

are computer 0 8910 access
type://helddat1-1-n-jus-br
JOL 54 2 67

THP: NS 0.00 23.6 NS 0.00 FURCAN: NS 0.00
NS 0.00 23.6 NS 0.14 FURAT: NS 0.00

ANA ISABELA BARBOSA DA SILVA - ESCREVENTE

☒ VALUO GOMENTE SEM ENTENDIMENTO OU RASURAS -

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258270 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO **Data do acidente:** 19/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00