



Número: **0800495-21.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Baraúna**

Última distribuição : **13/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO PEREIRA REINALDO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65171243	07/02/2021 09:40	<a href="#">2782551_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 22 de 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

Carta nº 15962039

Pag. 00679/00680 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 22 de 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 01855/01856 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040928



Carta nº 15963438





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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:

400.628.334-57

4 - Nome completo da vítima:

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:

400.628.334-57

7 - Profissão:

apicultor

8 - Endereço:

R. Impulso Luminoso

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0878

2

CONTA:

20.253

3

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 (vainasor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 autenticado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.  
A autenticação 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: J2020001015889

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: 70063631457

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 9C2JC4110CR496368, Renavam 00457899484, Placa NNZ 2523/RN, 2012/2012, de cor vermelha, licenciada em nome de José Valdeci 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. Tarcsio 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 MOSSORÓ/RN

Atendimento: 1691368 - 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 autenticação 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: J2020001015889

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: 70063631457

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 9C2JC4110CR496368, Renavam 00457899484, Placa NNZ 2523/RN, 2012/2012, de cor vermelha, licenciada em nome de José Valdeci 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. Tarcsio 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: 1691368 - 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:

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

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.(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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (vainasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 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







NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA			
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b> RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0	 <b>COSERN</b> www.cosern.com.br	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	
<b>DADOS DO CLIENTE</b> PAULO CESAR JALES DE OLIVEIRA CPF: 052.837.764-76	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>30/06/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>53,57</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 23/06/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 23/06/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 044248616 Série: U	<b>CONTA CONTRATO</b> 007011717017 <b>Nº DO CLIENTE</b> 3011168904 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000481676
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA RICARDO LIMA 16 AEROPORTO/ÁREA URBANA 59607-720 MOSSORO RN	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> A158.1051.B89E.D460.3FB3.E41F.86F0.9330			
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.cosern.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL									
DESCRIÇÃO			QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Consumo Ativo(kWh)-TUSD			74,00	0,33419947	24,73	Vencido		Di Resto	Valor
Consumo Ativo(kWh)-TE			74,00	0,32822572	24,36	91/06/20		23/06/20	52,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal					4,48				
TOTAL DA FATURA					53,57				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
49,09	18,00	8,83	49,09	1,03	0,50	49,09	4,77	2,34	
Tarifas Aplicadas									
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,33419947									
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,32822572									
HISTÓRICO DO CONSUMO									
		kWh							
JUN	20	74							
MAI	20	65							
ABR	20	42							
MAR	20	88							
FEV	20	80							
JAN	20	98							
DEZ	19	120							
NOV	19	113							
OUT	19	91							
SET	19	86							
AGO	19	90							
JUL	19	88							
JUN	19	98							
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
RS %									
Geração de Energia 17,37 35,38									
Transmissão 1,82 3,91									
Distribuição (Cosern) 12,06 24,61									
Encargos Setoriais 2,91 5,72									
Tributos 11,67 23,77									
Perdas de Energia 3,34 6,50									
TOTAL 49,09 100									

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000020274369	CAT	25/05/2020	21.962,00	23/06/2020	22.036,00	29	1,0000	0,00	74,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 30/07/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
abr/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ III	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,72
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,84					
Todo Consumidor pode solicitar a operação das Indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO													
Pague no ponto mais perto de você super alternativo de alimentos: av João da encosta, 117, doze anos / supermercado queiroz: rua francisco aolon, 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 os padrões 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.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #f2f2f2;">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2" style="text-align: center; background-color: #f2f2f2;">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td></td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)				MÍNIMO	MÁXIMO	220		202	231
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)													
		MÍNIMO	MÁXIMO												
220		202	231												
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>															

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 ou rasgar este canhoto. 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 700.658.314 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rodrigo Pereira Reinaldo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.658.314 / 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 Lima</u>		Número <u>56</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

DLDR001 V001/2017







SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 3663 /2020

Admissão: 19/02/2020 20:44:13



**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:		PESO:	
						19/02/2020 20:40:44			
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. veio sob protocolo do SAMU. Nos pontos expostos. Nega perda de consciência, náusea, vômitos e urtúria. Refere dor na região mandibular mandibular e punho esquerda.

A= Insuflação pulmonar, com coloração normal. Nega cianose.

B= MM presentes, bilaterais simétricas e difusas, sem ruídos adventícios. Sem edematos subcutâneos.

C= RLR, 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 punho. Provável fratura de punho esquerda!

Diagn. Inicial: Trauma

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Poiner analógico, tratamento pela traumatologia			
2) Alta do usuário, qual + anotações			
3) Dik. 5 x 7 dias			
4) 500mg. 1500ml			
5) Dik. 5 x 7 dias + 1500ml			
6) Dik. 5 x 7 dias			
7) Dik. 5 x 7 dias			
8) Dik. 5 x 7 dias			
9) Dik. 5 x 7 dias			
10) Dik. 5 x 7 dias			

Dr. Roberto N. Mendes  
CRM-RN 2485  
RPP: 100.000.100.000

Dr. Vicente Andrade  
CRM-RN 2485  
RPP: 100.000.100.000

\*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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512

Número do documento: 21020709404607800000062415512

19/02/2020 22h

Acordo de Honor.

Trans no M.I. Or.

Orus + Renda Funch.

R: Fatos sobre de  
Tissin.

Dr. Pires.

Procurador  
Gloria.

Via Sis Pro

HOSPITAL REGIONAL TARCIS  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 13/03/2020  
TS/24  
SAME / ARQUIVO

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



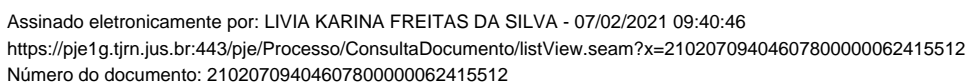


Nome: Rodrigo Pereira Rinaldo Leito: \_\_\_\_\_

ad: Alta hospitalar para aguardar cirurgia em casa  
no município de origem após agendamento de cirurgia no SES REG

Dr. Vicente Andrade  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - 5592 - TEOT 10487

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SOME MOSSORO 12/03/2020  
SAME / ARQUIVO B10



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO  
DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA  
E DE DEFESA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE DEFESA PÚBLICA  
FUNDADA EM 1934







**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 Cidade: BARAUNA  
CEP: 59695000 Bairro: CINDERELA  
Telefone: 84.94691155 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO  
Origem: UPA AEROPORTO

Tipo: REGULADO  
\*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:** 19/02/2020. Queixa última de colisão com moto há 01 hora. veio sob protocolo do SAMU.  
Não perdeu consciência. Não percebeu ferimentos, náuseas, vômitos e urtúrias. Refere dor na região mandibular mandibular e perna esquerda.  
A: pele ativa, pálida, com color unicolor. não cianótico.  
B: MV presentes, bilateralmente simétricos e difusos, sem ruídos adventícios. Sem estímulos subcutâneos.  
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.

Diagn. Inicial: Trauma  
Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) Paciente avaliado, tratado pela traumatologia			
2) Alta de urgência qual + curativos			
3) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
4) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
5) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
6) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
7) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
8) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
9) Dor 500mg 1500ml 6/6h			
10) Dor 500mg 1500ml 6/6h			

\*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 TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
CAME MOSSORO 13/03/2020  
SAME/ARQUIVO



13/02/2020 22h

Acordo de honorários.

Trans no M I Ord.  
Ortus + Renda Fixa L.

R: Fátima Sobrinho de  
Tímia.

Dr. Fries

Procurador  
Clotilde.

Via S/S 126

HOSPITAL REGIONAL TARCIS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 13/03/2020  
SANE / ARQUIVO

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



**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**Leito:** \_\_\_\_\_

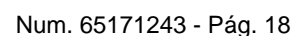
ad: Alta hospitalar para aguardar cirurgia em casa  
no município de origem para agendamento de cirurgia no SUS REG

## PRESCRIÇÃO

Dr. Vicente Andrade  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 1592 - TEOT 10481

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SALVOSSORO 12/03/2020

SAME / ARQUIVO





EVO

Nome: *[illegible]*

DATA

20/01/20





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA CIVIL  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

**DOE IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
002054384 ITDP RN

**CPF**  
010.109.874-02

**DATA NASCIMENTO**  
23/06/1978

**FILIAÇÃO**  
GERALDO CANDIDO DE OLIVEIRA  
PATRICINIA JALES DA SILVA OLIVEIRA

**PERMISSÃO**  
00000000000000000000000000000000

**ACC**  
00000000000000000000000000000000

**CAT. HAB.**  
AB

**Nº REGISTRO**  
04358011840

**VALIDADE**  
02/08/2023

**HABILITAÇÃO**  
12/05/2008

**OBSERVAÇÕES**

*Patricio Jales de Oliveira*

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
MOSSORO, RN

**DATA EMISSÃO**  
03/08/2018

**LUIZ EDUARDO MACHADO PEREIRA**  
Diretor Geral - Detran/RN

**ASSINATURA DO GERENTE**

**16454406401**  
**RN703953915**

**RIO GRANDE DO NORTE**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1677460080**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1677460080**





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 NN22523

PLACA ANT / UF NN22523/RN CHASSI 9C3JC4110CR496368

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

FADXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO 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

VIA 1 Cód. RENAVAM 00457899484 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/06/2019

CPF / CNPJ 012.768.944-30 PLACA NN22523

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

FADXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO 002844 3X R\$ \*\*\*\*\* 3º PAGO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (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  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 19/02/2020  
**Titular do CPF:** RODRIGO PEREIRA REINALDO

### 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](http://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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO PEREIRA REINALDO

### 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](http://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**

OFICIO DE NOTAS  
BARCELONA

BARAUNA-RN 04/06/2020

Local e data

Rodrigo I. Ibarra Reinalda

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por  
autenticidade).

M. Jardiñón Ruano, 524 - Centro  
CSP: 00.895-600 - Barcelina - HN  
Teléfono: (0432)20-2277



**CARTÓRIO**  
DA RUA NOVA

REC. DE FIRMA Nº 2020-001511

RECIBO DE PAGO N.º 2020-  
Reconocido por autenticidad a firma de:

RODRIGO PEREIRA REINALDO

Selo Digital: RN20200940450020473SAH

Have consulted our O'Quinn attorney.  
http://www.oquinn.com  
ENCL: 2-87 EOI 96

FMP: NS 0.00 FSL: NS 0.00 FNCN: NS 0.00  
FSL: NS 0.00 FSL: NS 0.14 FNF: NS 0.00

ANNA ISABELA BARBOSA DA SILVA - RECREANTE

VALOR GOMENTE SEM INTERESSE OU RABUIAS



## 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

