TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/06/2023

Número: **0800892-49.2023.8.20.5105**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Macau**
Última distribuição : **22/05/2023**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO (AUTOR)	**CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)**
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)**

Documentos			
Id.	**Data**	**Documento**	**Tipo**
101892110	15/06/2023 23:28	2884426_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação

DECLARAÇÃO

EU [illegible]

portador (a) da cédula de RG de N° [illegible] e CPF [illegible] Declaro para Os devidos fins que estive no Banco [illegible]

para regularizar minha conta [illegible] de agência [illegible], número [illegible] para pode receber o beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

[illegible] 03 de [illegible] de [illegible].

x [illegible]

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Michel Rodrigues Leite Filho, brasileiro(a), estado civil: casado, Profissão: Pedreiro, Data do Acidente 30.11.2020 Cobertura invalidez, portador(a) do RG 001.262.376, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 031.741.274-23 residente no(a) Tv. Marechal Deodoro nº 243, bairro: Centro, município: Natal / RN.

OUTORGADO:

Nome: Thiago da Silva Leite, brasileiro(a) estado civil: casado Profissão: Vendas, portador(a) do RG 001.334.634, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 008.359.634-87, residente no(a) Tv. Marechal Deodoro nº 249 bairro: Centro, município: Natal / 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, 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.

Natal/RN, 05 de Maio de 2021

Local e Data

Michel Rodrigues Leite Filho

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084472/21

Vítima: ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

Data do acidente: 30/11/2020

CPF: 021.741.274-23

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TEREZINHA DA SILVA COTIA : 852.395.694-87

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

ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO : 021.741.274-23

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/03/2021 Nome: TEREZINHA DA SILVA COTIA CPF: 852.395.694-87	Data do cadastramento: 23/03/2021 Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA CPF: 103.995.364-69
TEREZINHA DA SILVA COTIA	THIARA VIRGINIA DA HORA

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, 15 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210100051 **Vítima: ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO**

Data do Acidente: 30/11/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TEREZINHA DA SILVA COTIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01323/01324 - carta_11 - INVALIDEZ

00030662

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro na ASu: | 3 - CPF da vítima: [illegible] | 4 - Nome completo da vítima: [illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: [illegible] | 6 - CPF: [illegible]

7 - Profissão: [illegible] | 8 - Endereço: [illegible] | 9 - Número: [illegible] | 10 - Complemento: [illegible]

11 - Bairro: [illegible] | 12 - Cidade: [illegible] | 13 - Estado: [illegible] | 14 - CEP: [illegible]

15 - E-mail: [illegible] | 16 - Tel.(DDD): [illegible]

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 ali informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Br Brasil
AGÊNCIA: [illegible] (Informar o dígito se existir) CONTA: [illegible] (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, recomendando o banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, que seja feito o valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ 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.

Se optar por assinalar a 3ª, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, mediante apresentação de documentação alternativa, no prazo de 15 dias, antes de ser feita a avaliação médica pela seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura perícia médica ou mesmo a eventual contestação, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da Vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascer? ☐ 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 aos beneficiários que se apresentarem a prover em estado comum, estando ciente, ainda, de que toda e qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: [illegible]

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) [illegible]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
- AUTOATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: VITORIA R LEAL NORONHA
AGÊNCIA: 364-1 CONTA: 101872-8

FAVORECIDO
AGÊNCIA: 477-4 CONTA: 25837-7
CLIENTE: ADERBAL R COTIA FH

DATA: 08/03/2021

Fls: 1
Visto:

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAU - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 00089086/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início de Registro: 14/12/2020 [illegible] Data/Hora Fim: 14/12/2020 [illegible]
Delegado de Polícia: Sandra Regina Souza Soares

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Macau
Data/Hora do Fato: [illegible] (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Macau - RN
Bairro: Praia de Camaratuba
Ponto de Referência: Balneário
Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Informado

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADERBAL RODRIGUES COSTA FILHO (VÍTIMA - COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira — Sexo: Masculino — Nasc: 23/06/1971 — Idade: 49
Profissão: Administrador
Estado Civil: Sem Informação — Naturalidade: Macau - RN
Nome da Mãe: Terezinha da Silva Costa

Documento(s)

CPF: 021.741.274-23

Endereço

Município: Macau - RN
Logradouro: RUA MAR. [illegible] — Nº: 269
Bairro: CENTRO — CEP: 59.500-000
Telefone: (84) 999.35-[illegible] Celular

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo — **Subgrupo:** Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 021.741.274-23 — **Placa:** OVZ91[illegible]
Renavam: 01007932544 — **Número do Motor:** JD2[illegible]
Número do Chassi: 9C2JC3370DR[illegible] — **Ano/Modelo Fabricação:** 2014/2015
Cor: PRETA — **UF Veículo:** RN
Município Veículo: Macau — **Marca/Modelo:** HONDA/NXR125 BROS ES
Veículo Adulterado?: Não — **Situação:** Envolvido
Última Atualização: [illegible]/2019 — **Situação do Veículo:** ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RENAJUD

Nome Envolvido	Envolvimento
Aderbal Rodrigues Costa Filho	Proprietário

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2023 23:28:12
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061523281236700000096046431
Número do documento: 23061523281236700000096046431

Fls: 2
Visto:

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAU - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 00083086/2020

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que na data e hora acima citada seguia em direção ao trabalho quando o veículo acima descrito derrapou na entrada de carro, afim de evitar uma colisão com outro veículo, o qual transitava acima da velocidade permitida na via, imprudente; Que, naquele momento, não foi possível identificar o outro veículo; Que, em razão dos fatos acima descritos, caiu de mão e fraturou o ombro esquerdo (conforme atestado de atendimento médico em anexo); Que foi encaminhado até o Hospital Antônio Ferraz onde recebeu os primeiros socorros e foi encaminhado posteriormente para o Hospital Santa Catarina em Natal/RN. Foi orientado a registrar o boletim de ocorrência para receber o seguro DPVAT. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.

ASSINATURAS

Edwiges Medeiros Campos
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula 1863081
Responsável Atendimento

Adeilda Rodrigues Costa Filho
Vítima/Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que as informações aqui prestadas são verídicas e assumo que poderei responder civil e criminalmente pela veracidade das mesmas, conforme previsto nos Artigos 299 do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2.848/40 e Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 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: [illegible] | 4 - Nome completo da vítima: [illegible]

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: [illegible] | 6 - CPF: [illegible]

7 - Profissão: [illegible] | 8 - Endereço: [illegible] | 9 - Número: [illegible] | 10 - Complemento: [illegible]

11 - Bairro: [illegible] | 12 - Cidade: [illegible] | 13 - Estado: [illegible] | 14 - CEP: [illegible]

15 - E-mail: [illegible] | 16 - Tel./DDD: [illegible]

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: [illegible]

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: [illegible] ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** [illegible] ☒ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seg. Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que ou tiver direito, descontando o cheque, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando o total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, em meu benefício a avaliação médica das perdas do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de um acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º §2º, reconhecendo que esta autorização não se aplica em nenhuma hipótese com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de pleitear a, caso discordar do valor concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascer? ☐ 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 cobrada pela Nação do Seguro DPVAT, por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que sob qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal, com base na infração do art. 299 do Código Penal.

MÃO ALFABETIZADO

34 - [illegible]

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: [illegible]
CPF: [illegible]
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: [illegible]
CPF: [illegible]
Assinatura da testemunha

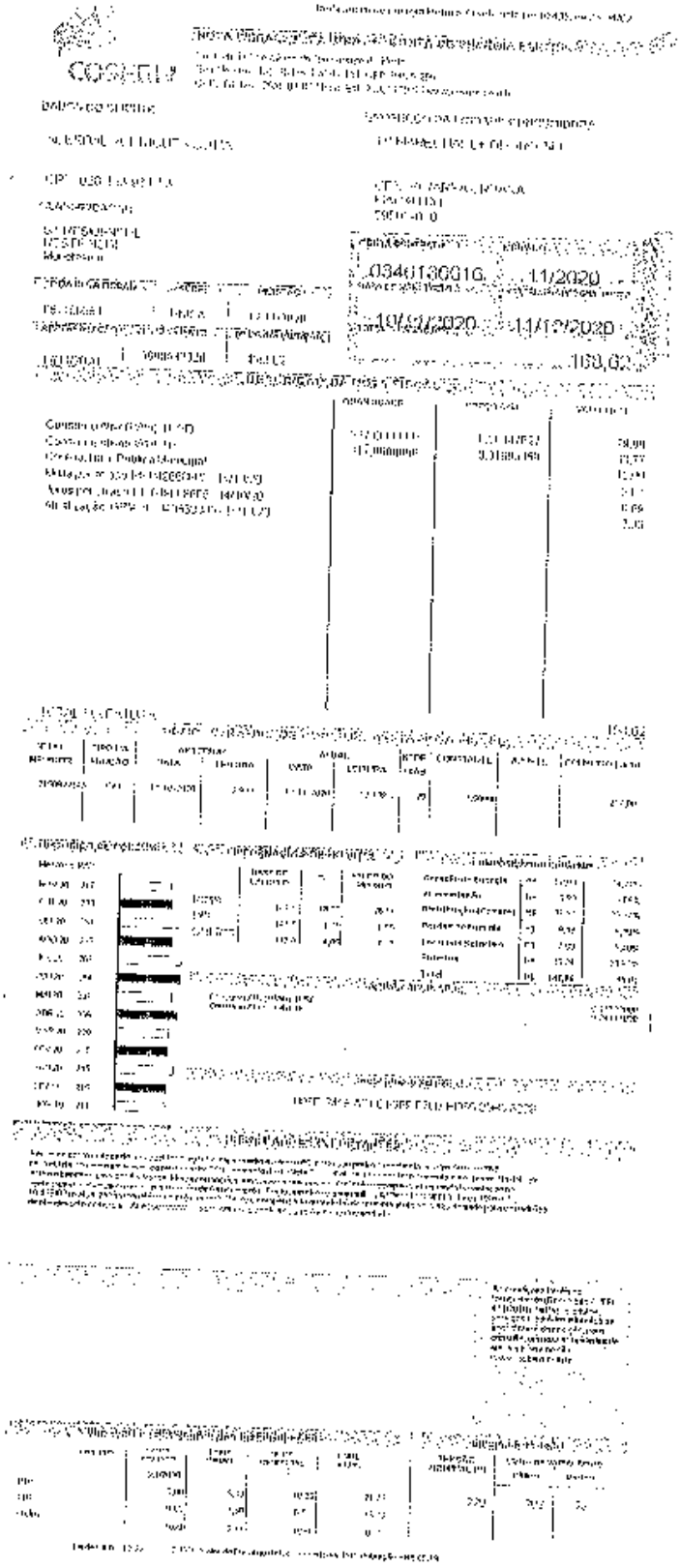
40 - Local e Data: [illegible]

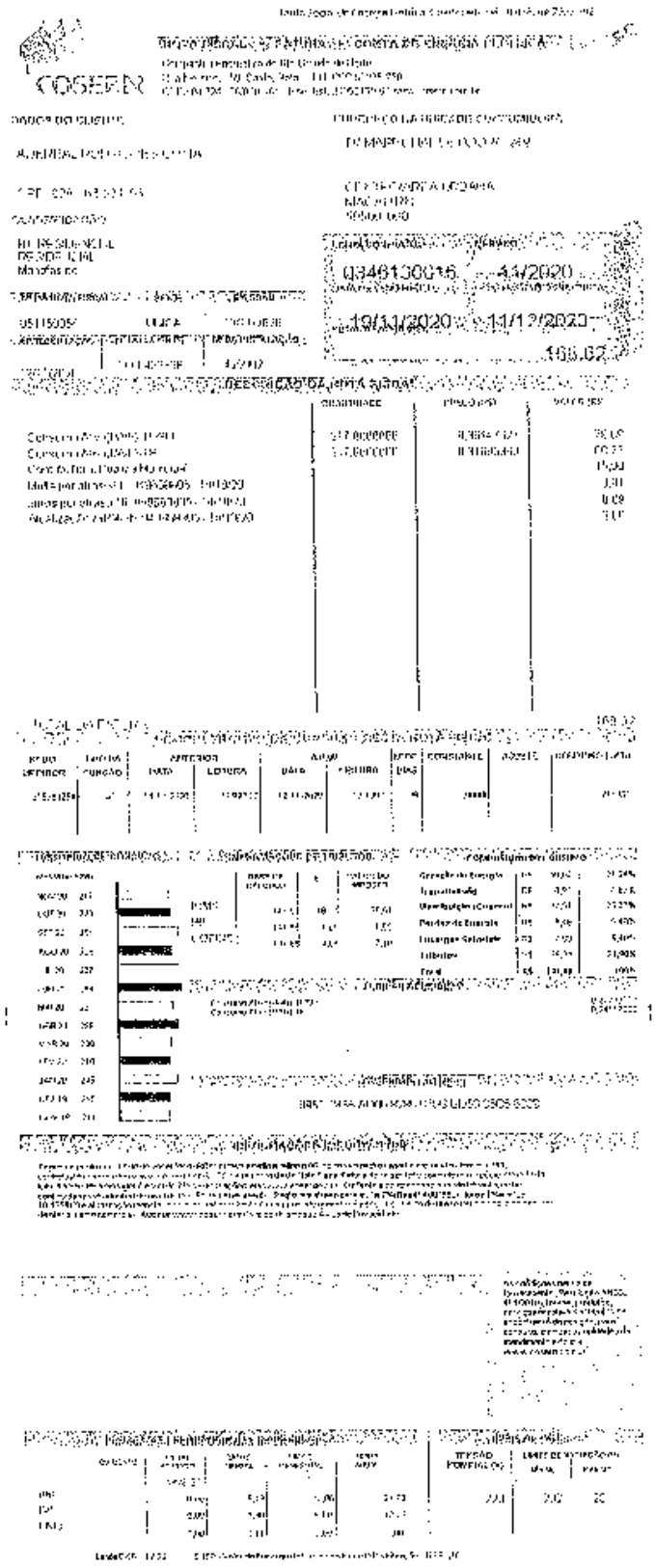
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): [illegible]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





Seguradora LÍDER

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=19636

A Circular SUSEP[1] 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible], inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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	Número	Complemento
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Bairro: [illegible]	Cidade: [illegible]	Estado: [illegible]
CEP: [illegible]		
Email: [illegible]	Telefone Comercial (DDD): [illegible]	Telefone celular (DDD): [illegible]

[illegible] de [illegible] de [illegible]

Local e Data

[illegible]

Assinatura do Declarante

DPDRL.001 V001/2017

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Pronto Socorro Alfredo Teixeira
Av. João V. de Almeida, s/n – Porto São Pedro.
Fone (84) 3521-2418

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, conforme consta no livro de atendimento da recepção e no boletim de atendimento, que no dia 30/11/2020 as 07:56, o senhor Aderbal Rodrigues Cota Filho, na época com 49 anos, nascido no dia 29 de junho de 1971, natural de MACAU/RN portador do CPF: 021.741.274-23, e do RG. 1.262.376 domiciliado na Av. Marechal Deodoro, 249 MACAU/RN, deu entrada nesta unidade hospitalar, vítima de acidente motociclístico (queda). Foi atendido pelo medico plantonista Drª. Gisele Mattioli CRM/RN- 6850 e liberado para sua residencia.

Sem mais para o momento, nos colocamos a inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Macau/RN, 09 de Março de 2021

Ivani Varela Bento da Silva
CPF 298.088.345-68
Diretora Administrativa

Ivani Varela Bento da Silva
Diretora

11/03/2021 15:00

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO ALFREDO TEIXEIRA
AV. JOÃO VALENTIM DE ALMEIDA S/N - FONE: 3231-1410

MACAU

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME:
ENDEREÇO:
DATA DE ATENDIMENTO:
NATURALIDADE:
CARTÃO SUS:
NOME DO RECEPCIONISTA:
IDADE:
SEXO:
RG:
CPF:
HORÁRIO ENTRADA:

TRIAGEM

SINAIS VITAIS:

PA:
TEMPERATURA:
PESO:

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS ( ) CIRURGIA ( ) EPILEPSIA ( )
DM ( ) FRATURAS ( ) DSTs ( )

OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

NOME DO ENFERMEIRO

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

NOME DO MÉDICO

PACIENTE LIBERADO ÀS DATA

11/03/2021 15:00

RETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAU

RECEITUÁRIO

IE: Aristhal Rodrigues

Paciente vítima de acidente automobilístico c/ dor em ombro esquerdo e limitação de movimento. RX c/ fratura de cabeça e colo do Úmero.

Iniciado conservação com o M = 320B-5000 sem sucesso.

Encaminho paciente p/ avaliação ortopédica! Iniciado tenoxicam (6) dexametasona (6)

Gisele Martinelli
CLÍNICA GERAL
CRM-RN 6662

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAÚ

RECEITUÁRIO

Nº Adalvil Balmayan

Paciente portador de
artrite reumatoide
c/ CID em ombro esquerdo
. Indicação de medicação
de exposição da coluna e
CID da Dama.

Anteriormente comunicado
com a MC: 3203-5000
sem sucesso.

Encaminho paciente
para tratamento especializado!
Pede Deferimento
Documentação

Carlos Magno
Medico

11/03/2021 15:00

ANTONIO PRUDENTE
ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA
R PRESIDENTE QUARESMA, 930 - LAGOA SECA (85)325490-90
59022-215 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO às 13:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 02/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

5422

Código da Doença

Natal, 02/12/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DIEGO GARCES CRUZ

CRM 10024

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : eRZNC20U4T9C2

R3002 DIEGO GARCES CRUZ 02/12/2020 13:5- 15.30.204

ANTONIO PRUDENTE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA
R PRESIDENTE QUARESMA, 930 - LAGOA SECA (85)325590-90
59022-215 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO às 16:14, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 30/11/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S422

Código da Doença

Local e Data

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 1135

Assinatura do Médico

RICARDO ARAUJO

CRM 5001

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : 8NOQE10U4A0C2
Solicitacao da Senha : 30/11/2020 13:38:41

R3002 30/11/2020 16:14 10.1.32.206

ANTONIO PRUDENTE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA
R PRESIDENTE QUARESMA, 930 - LAGOA SECA (85)325590-90
59022-215 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO às 16:10, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 01/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S422

Código da Doença

Natal 01/12/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DIEGO GARCES CRUZ

CRM 10024

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BBKQB20U4T9C2

R3002 DIEGO GARCES CRUZ 01/12/2020 16:10 13.1.32.206

Paciente...: 4884220 , ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO **Nascimento.: 29/06/1971 Sexo:M**
NºPedido: 39750630 **RG.: 1262376** **CPF.: 02174127423**
Convênio...: HAPVIDA NATAL Matrícula..: 56072000802000019
Solicitante: Dr(a) RICARDO ARAUJO

Exame:	**Dt Realização:**	**Dt Liberação:**
TC DE OMBRO ESQUERDO	**30/11/20 14:51**	**30/11/20 15:37**

TÉCNICA:
- Exame realizado em equipamento multislice com aquisição volumétrica.
- As imagens foram submetidas a reformatações multiplanares.

ANÁLISE :
- Presença de fratura complexa, cominutiva em úmero proximal, com formação de fragmentos ósseos ao redor da cabeça umeral, envolvendo importante cominuição e formação de pequenos fragmentos ósseos ao redor do sítio da fratura.
- Redução de espaço articular, com formação de osteófitos marginais em glenoumeral.
- Aumento de partes moles ao redor da cabeça umeral esquerda.
- Demais estruturas ósseas estão íntegras.
- Não há evidência de derrame intra-articular significativo.
- Articulação acrômio-clavicular com aspecto habitual.
- Musculatura da região sem alterações.

ID :
- Os achados são compatíveis com a indicação clínica de fratura cominutiva em úmero proximal.

EXAME DOCUMENTADO EM CD.
ATENÇÃO :
Todo exame complementar necessita de correlação com os dados clínicos do paciente. Estamos a disposição para esclarecimentos adicionais e revisões posteriores dos laudos para correlação com informações detalhadas da história clínica do paciente.

rm

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

RAIO X - HAPNATAL

Data **21/12/2020**

Paciente...: 4884220 ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO **Nascimento.: 29/06/1971 Sexo:M**
NºPedido: 40176184 **RG.: 1262376** **CPF.: 02174127423**
Convênio...: HAPVIDA NATAL Matrícula..: 56072000002000019
Solicitante: Dr(a) ARTHUR DA COSTA LIM

Exame:	**Dt Realização:**	**Dt Liberação:**
RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	**21/12/20 14:25**	**21/12/20 17:23**

RELATÓRIO:

ESQUERDO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em úmero com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS .: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.
TFS

COSMO ALVES DE AQUINO CRM 4252-RN

hapvida

Faz bem pra você

Para

Adalberto R. C. Filho

Artrose

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5011 RQE 11135

30/11/2020

hapvida

Faz bem pra você

Amoxil

Terça-feira

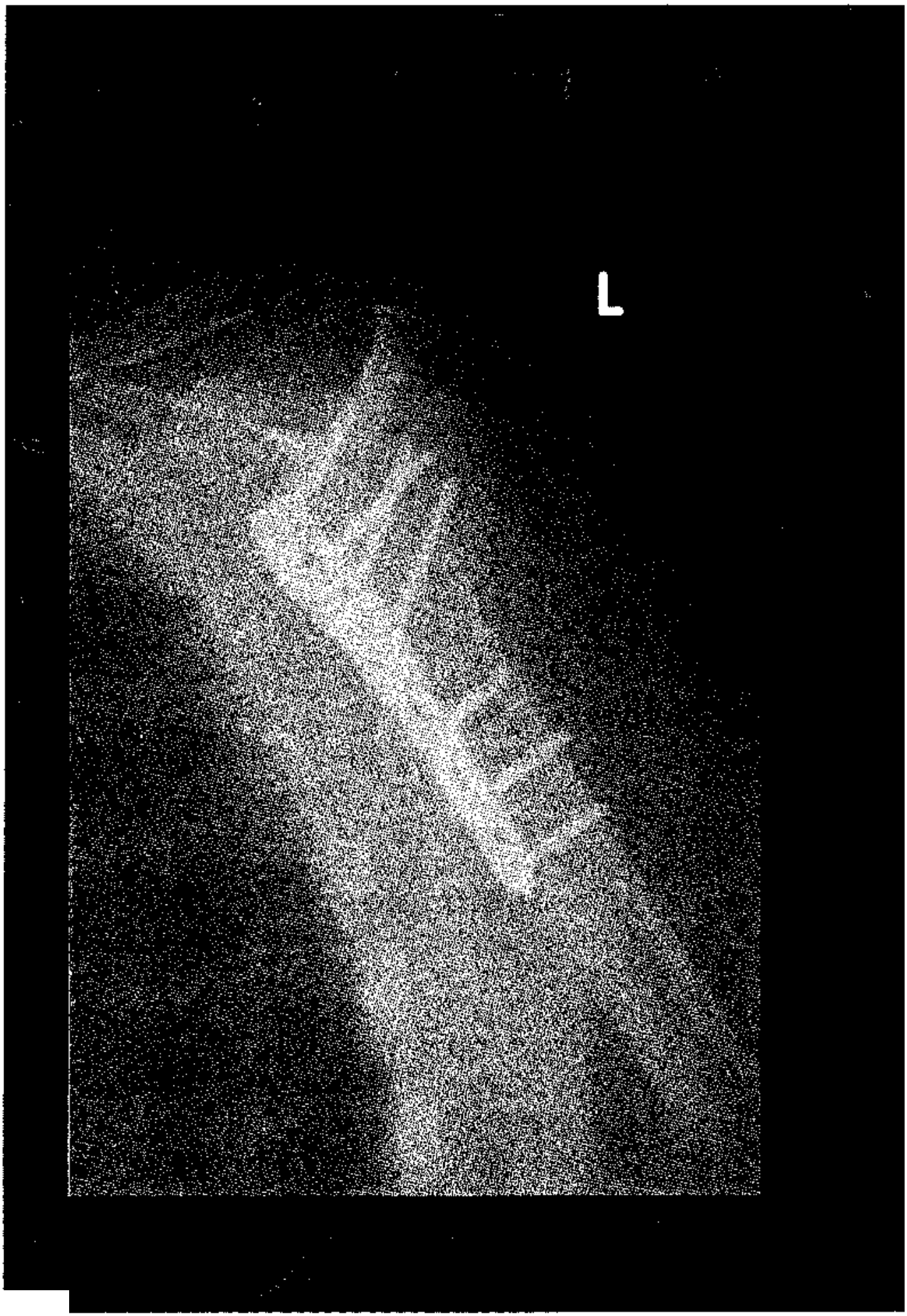
01-DEZ

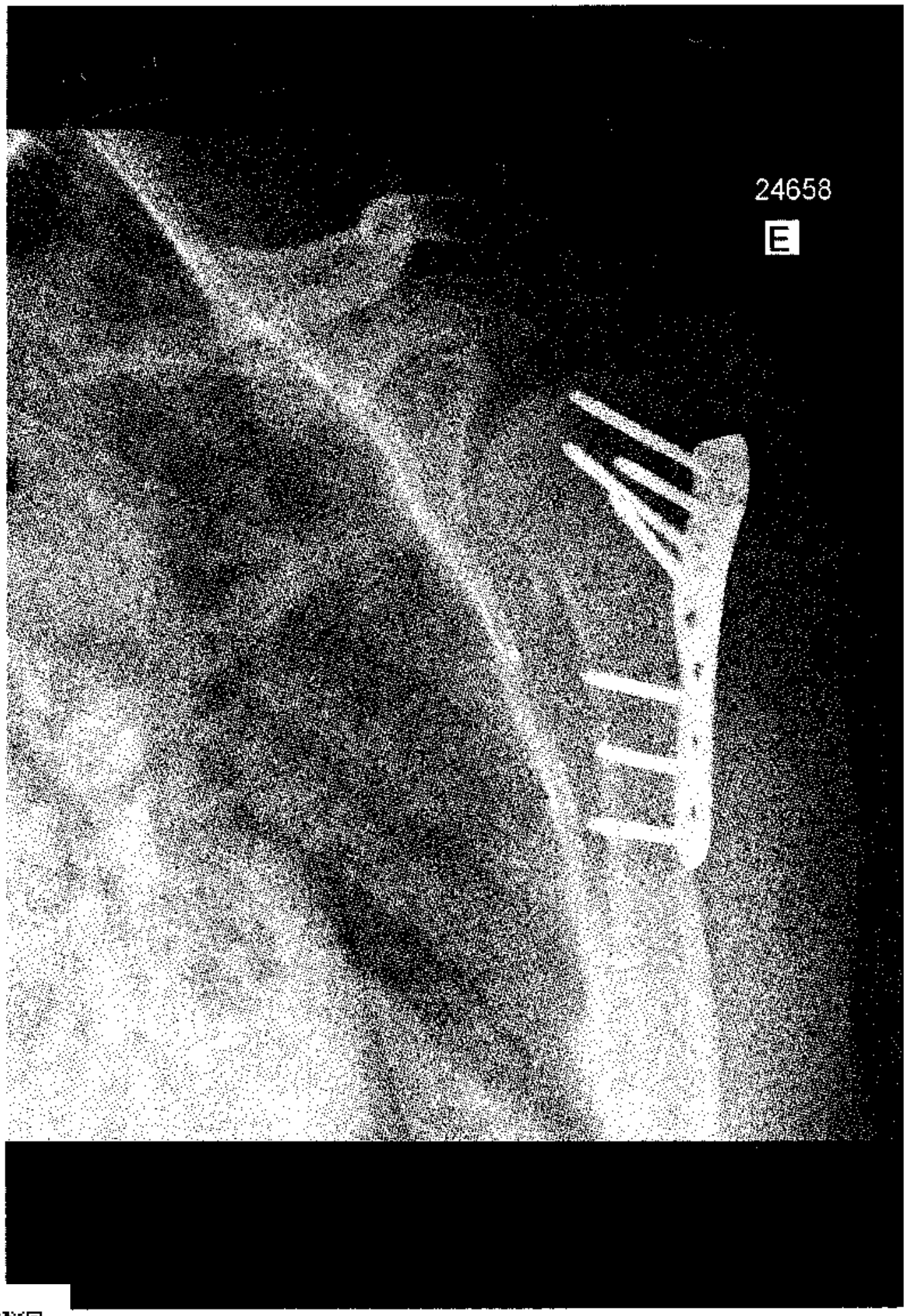
10:00h

Dr. Ricardo Araujo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3001 TEOT 11295

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 322 3633
Call Center (+ Odonto): 4002 2722 - Call Center (+ Odonto - interior): 0300 313 9094

www.hapvida.com.br


L


24658
E

Paciente: ADERBAL RODRIGUES COUTIA FILHO
N º do Paciente: 1380777
Data de Nascimento: 29/06/1971
Data do Exame: 30/11/2020

Solicitante:

Sexo: M
Convênio:

RADIOGRAFIAS DO OMBRO ESQUERDO

Fratura da cabeça e colo umeral.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

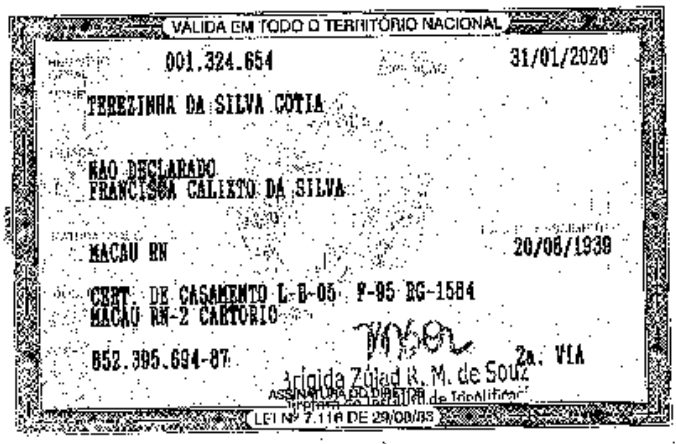
Altura acromioclavicular usual.

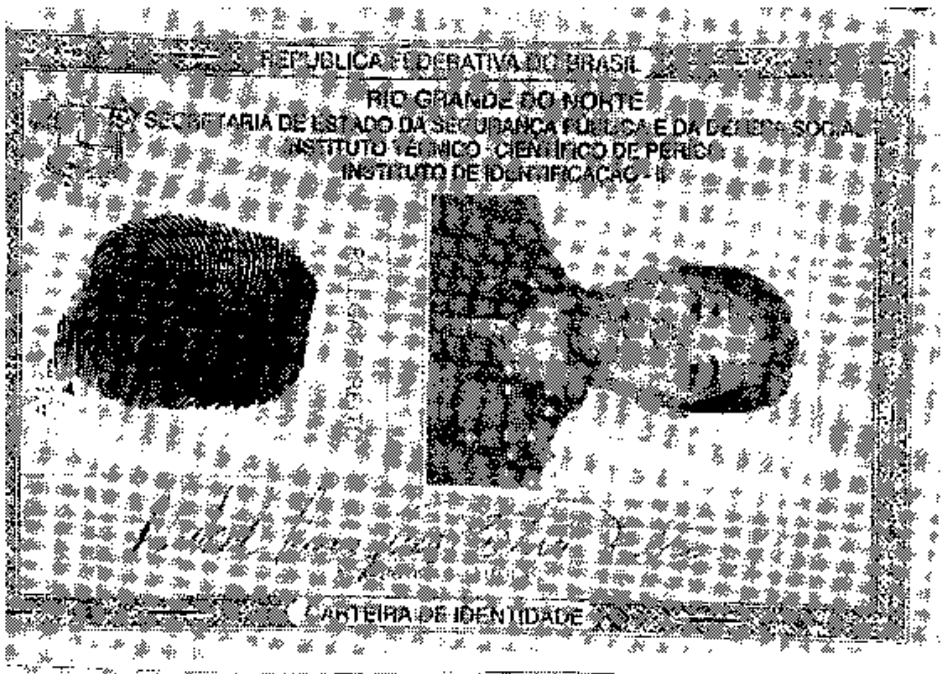
Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Dr(a). Priscila Bianchessi CRM: 88001- SP RQE: 44979-SP
Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda / CRM ES 1984-55

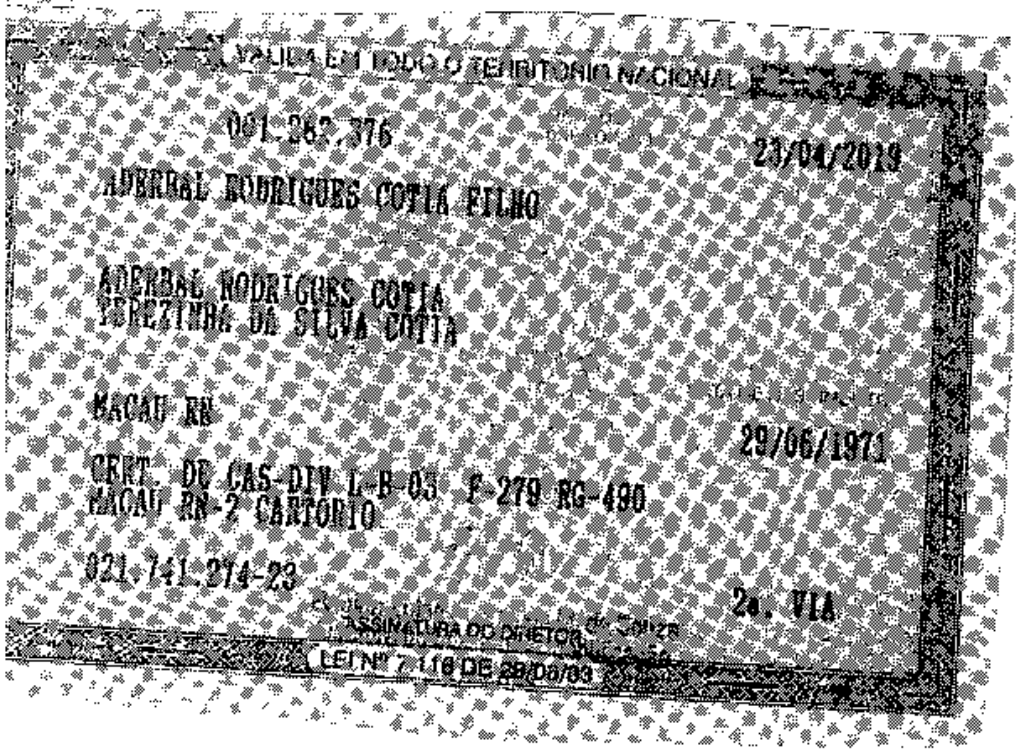
Criado em 30/11/2020 09:16GMT (Brasília time)


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II
Terezinha da Silva Cotia
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
001.324.654 31/01/2020
TEREZINHA DA SILVA COTIA
NÃO DECLARADO
FRANCISCA CALIXTO DA SILVA
MACAU RN 20/08/1939
CERT. DE CASAMENTO L-B-05 F-95 RG-1584
MACAU RN-2 CARTORIO
052.395.694-87 2a. VIA
Brígida Zúlad R. M. de Souz
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÍTIMA


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
001.262.376
23/04/2019
ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO
ADERBAL RODRIGUES COTIA
TEREZINHA DA SILVA COTIA
MACAU RN
29/06/1971
CERT. DE CAS-DIV L-B 03 F-279 RG-490
MACAU RN-2 CARTORIO
021.141.274-23
2a. VIA
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - RN 11343 // 00221 Nº 013972491475

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01007982524	**********	2018

NOME: ADERBAL RODRIGUES COSTA FILHO

CPF / CNPJ	PLACA
021.741.274-23	OVZ9183

PLACA ANT / UF	CHASSI
OVZ9183/RN	9C2JD2320ER004035

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR125 BROS ES	2013	2014

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
DCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	R$ 0.00	18/07/2018	1ª PAGO
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª PAGO
	014907 3X	R$ 25.59	3ª PAGO

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

OBSERVAÇÕES

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.534.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: JD23E2E004035

MACAU/RN — DATA 18/07/2018

Luiz Eduardo Macedo Pereira
DIRETOR GERAL
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013972491475 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
2018	18/07/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	021.741.274-23	OVZ9183

RENAVAM	MARCA / MODELO
01007982524	HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2013	9	9C2JD2320ER004035

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R$)

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04