



Número: **0839452-91.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 30.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO (AUTOR)	MIELSON DOS SANTOS MENEZES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES (ADVOGADO) ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47925 682	16/08/2019 15:02	<u>Petição</u>	Petição
47925 684	16/08/2019 15:02	<u>2567723_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_02</u>	Outros documentos
47925 692	16/08/2019 15:02	<u>2567723_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_01</u>	Outros documentos

Juntada de petição.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2019 15:02:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081615022817700000046350525>
Número do documento: 19081615022817700000046350525

Num. 47925682 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08394529120178205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo do comprovante de pagamento no valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos vinte e cinco reais) pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 14 de agosto de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2019 15:02:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081615022865500000046350527>
Número do documento: 19081615022865500000046350527

Num. 47925684 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373249

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

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





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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190373249 Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/04/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

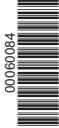
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00167/00168 - carta_02 - INVALIDEZ



00060084

Carta nº 14583048



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2019 15:02:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081615023063500000046350535>
Número do documento: 19081615023063500000046350535

Num. 47925692 - Pág. 2

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: 30/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000030771-6

Nr. da Autenticação A1485816AE9BC960



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2019 15:02:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081615023063500000046350535>
Número do documento: 19081615023063500000046350535

Num. 47925692 - Pág. 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO BEM FIXADAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO - FIO DE KIRSCHNER -

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE - 20/ 21/ 23/ 25/ 27/ 28/
LESÃO COMPLEXA NO MEMBRO SUPERIOR.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 Cidade: Natal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES Data do acidente: 13/04/2017 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO BEM FIXADAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
DO NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO - FIO DE KIRSCHNER -

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE - 20/ 21/ 23/ 25/ 27/ 28/
LESÃO COMPLEXA NO MEMBRO SUPERIOR.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196796/19

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO N.

CPF: 751.668.604-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2017

Titular do CPF: RODRIGUES DO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS : 090.505.304-43

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

FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 751.668.604-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS
CPF: 090.505.304-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS

GERCIA LOURENCO DA SILVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

751.668-604-20 Francisco Canindé Roriz dos Reis

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

FERNANDO CANINDE RONIOLIS DO NASCIMENTO

CPF: *751668604-20*

Profissão:

RECOLHIMENTO

Endereço:

Rua Francisco Canindé Ronioli do Nascimento

Número: *78*

Complemento:

Bairro:

NSº SENADOR APP

Cidade:

PAUINI

Estado:

PI

CEP: *59114-103*

E-mail:

ANALISTAO.R@GMAIL.COM.BR

Tel (DD): *(84) 99982124*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$9.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DPCÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Itaú e bancos)

Nome do BANCO: *Caixa (conta milha federal 104)*

AGÊNCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 6
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (sessenta) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação a apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Estado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro (a) vivo(s): Vítima deixou herdeiro (a) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (a) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (a) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (a) falecido(s):

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 399 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

PROTÓCOLO RECEBIDO

10 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.

E CONCRETORA DE SEGS.

Assinatura: _____

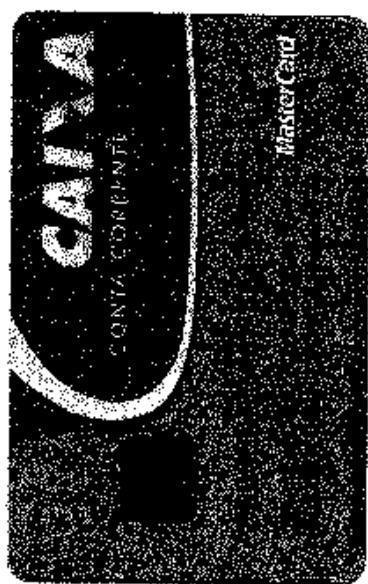
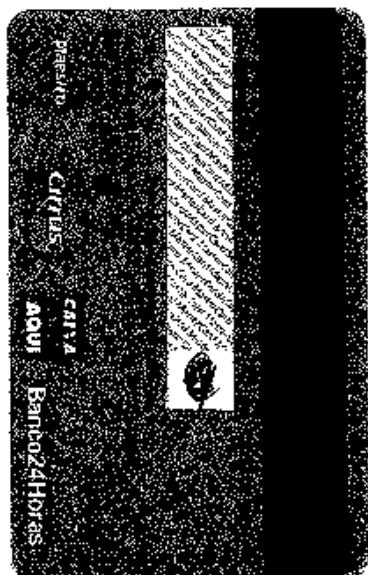
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RG/CD
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FPS.001 V001/2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190373249
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Caninde Rodrigues do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joadsom Fernandes, 75
Nossa Senhora da Apresentação Natal RN CEP: 59114-103
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001288965
Data local do acidente: [13/04/2017]
Data local do exame: [23/07/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 21/11/2017

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

ATROFIA, LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARRREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Urai de Oliveira

DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE**

BOLETÍN DE OCURRENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

BOAT 95637

LOCAL VOTES

Local Rua 462 Bairro PONTA NEGRA
Cidade/UF Manaus P. Ref. 100318800000
Data 12/10/2018 Hora do acidente 16:00 Hora do registro 16:10 Dia da semana Quinta Feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Quicinho

3 - VEGAS.COM

Placa ou Classif. M-47-17 Cláude N-793 UF PR
 Marca/Mod. HONDA DAF 130 Car. AEWL Ano 2003 / 0003
 Proprietário JACSON DE MELLO VIEIRA 30.000,00 Nº de Ocupantes 02
 Condutor Flavio S. G. VIEIRA Antônio do NASCIMENTO Data de Nasc. 26/10/1972
 Endereço RUA JACSON ECONOMISTAS Nº 75 Fone 986.862.851.37
 Bairro SANTO ANTONIO DA PAMPA Cidade VILA UF PR
 CPF/Nº 751.648.609-22 CNH-N 02896582313 Validade 14/10/2013 Categoria LB
 Local de Trabalho 3856 Ponto 21830160
 End. Rua Laranjeira, 6.320-00
 Nº 33 Bairro CIDADE NERA Cidade VILA PR

4 - VICTOR

140 of 147 pages 1/2

Hora ou Chassi	10 JUN 2013	RECEBIDO	
Marca/Mod.	MITSUBI. SOL ADM.	Cidade	UF
Proprietário	M. D. CORRETORA DE SEGUROS	Cor	
Condutor	J. S.	CPF/CUILA SOL ADM.	
Endereço		M. D. CORRETORA DE SEGUROS	
Pai/mo		Nº	
CPF Nº	GNB Nº	Cidade	UF
Local de Trabalho		Validade	
End.	Nº	Refero	Cidade

www.GIGACOM

Placa ou Chassi	Cidade	UF
Marca/Modelo	Cor	Ano
Proprietário		Nº de Ocupantes
Condutor		Data de Nasc.
Endereço	Nº	Fone
Bairro	Cidade	UF
CPF/CN	CNPJ Nº	Validade
Licença Trabalho		Fone
E-mail	Nº	Bairro
		Cidade

Número do Boletim: 95637 Número da Contabilidade: 331351 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 11:39:22 Número/Código: B002673865G



PERÍODOS DOS CONDUTORES

Sobre V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RJ 063

Em que sentido? Porta metade a esq

Em que faixa? PKS/71

Verão do condutor Informar que no momento deixa rotatória via transversal e calçada em sua direção

Assinatura do Condutor do V1

Sobre V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RJ 063

Em que sentido? Porta metade a esq

Em que faixa? DIREITA

Verão do condutor Encontrou ônibus ao portaria no rodovia sinalizadas como faixa mas vi não respeitou a sinalização da via é carregue o excesso de seu veículo que causou o acidente

Assinatura do Condutor do V2

Sobre V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor:

Assinatura do Condutor do V3

Sobre V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Verão do condutor:



95637

8 - CONDIÇÕES DA PISTA

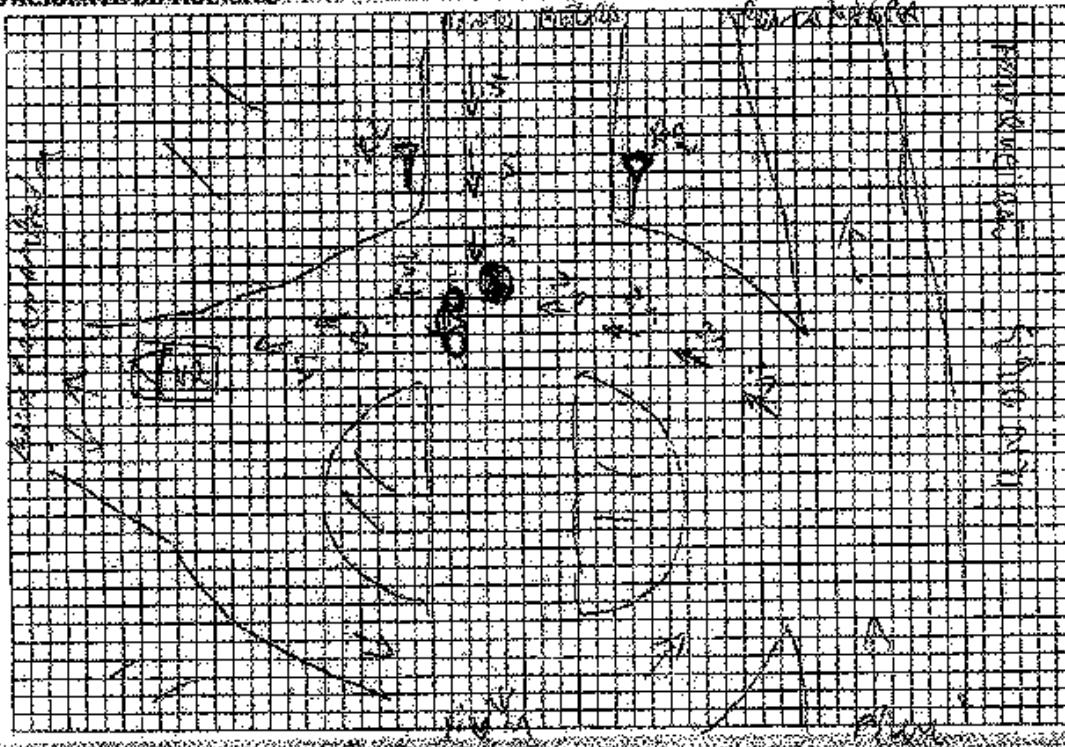
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Fim Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascavel
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Térreo
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

Curva / Pista	Curva / Pista
<input type="checkbox"/> Retta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Acidente Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Acidente Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Entulhada
<input type="checkbox"/> Loucurado	<input type="checkbox"/> Rua Obras
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input checked="" type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Entroncamento	
<input type="checkbox"/> Sifoneação	

Identificação	<input type="checkbox"/> Inexistente
Do Agente de Trânsito	<input type="checkbox"/>
Do Semáforo	<input type="checkbox"/>
Raixa do Pedestre	<input type="checkbox"/>
Linha _____	<input type="checkbox"/>
Placa(s) R 2	<input type="checkbox"/>
Lombada elevada	<input type="checkbox"/>
Vel. Máx. Perm. KM/H	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

9 - DESCRITIVO AÇÃO(A) DE TRÂNSITO

-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ONIBUS
-  CARRETA

**10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO**

AVARIAS DO VEÍCULO 1 *Porta dianteira*

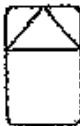
Fim da pintura da porta dianteira

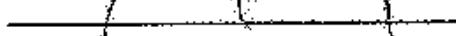
Avançou estreita espaço

Adm. adiante *Avançou adiante*

Porta é muito apertada

Adm. a varifocal

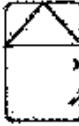


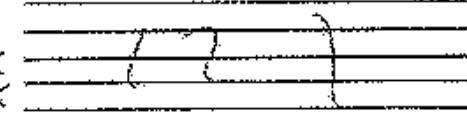


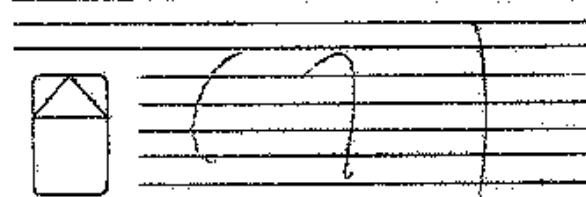
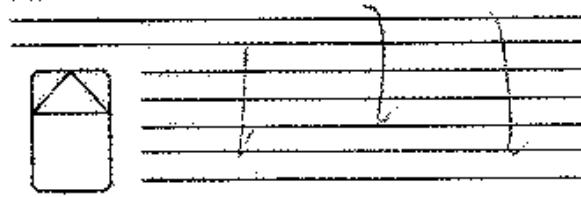
AVARIAS DO VEÍCULO 2 *Porta dianteira*

Porta dianteira *longarina*

De malha dano *avariada*





AVARIAS DO VEÍCULO 3**AVARIAS DO VEÍCULO 4**

Autenticação Número do Boletim: 95637 Número da Ocorrência: 331351 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 11:39:22 Número/Controle: B660786655



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2019 15:02:31

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081615023063500000046350535>

Número do documento: 19081615023063500000046350535

Num. 47925692 - Pág. 14

11. Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro Passeio Trabalho Deslocamento Recreio Outro

Nome FRANCISCO LERNANDO LINHARES DO NASCIMENTO RG/Nº 1697 465 Órgão Expedidor ITB Data de Nascimento 31/10/1972
 Endereço Rua JOAQUIM FERREIRA 32 nº 75 Fone 9860-85132
 Bairro NOSSA SENHORA DA APENAS ITABOG Cidade PARAÍBA UF PE
 Versão

Assistente Hora _____

12. Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro Passeio Trabalho Deslocamento Recreio Outro

Nome JOSÉ INácIO GOLINHO DOS SANTOS RG/Nº 1123.825 Órgão Expedidor ITB Data de Nascimento 04/10/1972
 Endereço Rua JOAQUIM FERREIRA 32 nº 75 Fone 986.683182
 Bairro NOSSA SENHORA DA APENAS ITABOG Cidade PARAÍBA UF PE
 Versão

Assistente Hora _____

13. Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro Passeio Trabalho Deslocamento Recreio Outro

Nome _____ RG/Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão

Assistente Hora _____

14. Vítima condutora Motorista Passageira Passageiro Passeio Trabalho Deslocamento Recreio Outro

Nome _____ RG/Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão

Assistente Hora _____

15. **SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**
 Placa f Cidade PARAÍBA UF PE Marca/Modelo FIAT UNO
 Nome _____ RG/Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16. **IMAGENS/FOTOS** SIM NÃO ATUALIZADO SIM NÃO ATUALIZADO **CONFESSO**

17. **OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**
ESTAMOS RESPONSÁVEIS POR VI FRANCISCO LERNANDO LINHARES DO NASCIMENTO
 RG/Nº 1697 465 10834

ESTAMOS RESPONSÁVEIS POR VI FRANCISCO LERNANDO LINHARES DO NASCIMENTO

ESTAMOS RESPONSÁVEIS POR VI FRANCISCO LERNANDO LINHARES DO NASCIMENTO

Nome Completo do Agente FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES RG/Nº 00000000000000000000
 PÓS-GRAD.: CAD FM N° 20216513 Vlatura 140 Subvlatura 9602
 Local e Data NATAL . 15 de Abril de 2019 Padrão Brasão do Brasil
 Assinatura do Agente de Trânsito

Autenticação Número do Boletim: 95637 Número da Ocorrência: 331361 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 11:38:22 Número do Documento: 30000700655





RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL.
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: epresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 27 de Abril de 2017.

BOAT nº: 95637

Data: 13/04/2017

Local: RN 063 - Ponta Negra - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ POP100 - MYY 9712
(V-2) FIAT/ IDEA ADVENTURE DUAL - MOW 5633

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-1 deixou de observar o que preceiu o artigo 28 e/c 215-II.

Alexandre Bruno Braga Santos
Alexandre Bruno Braga Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-6
CHIEF DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade no Internet: <https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081615023063500000046350535>

Autenticação Número do Boletim: 95637 Número da Documento: 331361 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 12:39:22 Número Controle: B98738665

*Somente para quem virar legal no parecer que estiver questionado, pelo chefe, do setor ou auxiliar.

verifica





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

FRANCISCO GONCALVES RODRIGUES DO Nascimento

CPF:

751668-604-20

Profissão:

REPOUSISTA

Endereço:

R. JOSESON FERNANDOS

Número:

75

Bairro:

SENHORINHA

Cidade:

PARAÍBA

Estado:

RN

CEP:

59114-103

E-mail:

ANALISTA.RH@HOTMAIL.COM.BR

DDD:

8499982124

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

DADOS CAGASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SFM RPNA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Para os bancos)

Bradesco (237) Itaú (342)

Nome do BANCO: **CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)**

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

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0033**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **00030771 06**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/retorno 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Notavel 20/05/19**
Nome: _____
CPF: _____

* Assinatura de quem assina o RG
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO RECEBIDO

10 JUN 2013

TERRADO SOL ADM.

E CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura _____

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS 001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S254354 referente ao paciente **FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO** 45 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 13/04/2017 Parnamirim/RN vítima colisão carro/moto. Conforme ficha anexa.



Natal, 16 de agosto de 2017


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Réguação Médica do SAMU 192 RN
Mat: 195.849-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDÔ GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVÍCIO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S254354
DATA DA OCORRÊNCIA:	15/08/2017 16:02:59
CIDADE:	PARNAÍBA
BARRA:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	ROTATORIA SENTIDO PIUM.
INTERESSADO:	MARCIO
TELEFONE:	0800765232
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSÉ DE ARAÚJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	15/08/2017 16:23:31

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
13/04/2017	16:02:58	term1	16531924	PROX- AO TRABALHADOR
13/04/2017	16:02:58	term1	16531924	PROX- COND PONTA NEGRA BOULEVARD
13/04/2017	16:02:58	term1	16531924	PCTE- DESC ID- 00
13/04/2017	16:05:00	regatm03	421638204	QTR SOLICITANTE: COLISÃO CARRO/MOTO. VITIMA CONSCIENTE. AUTORIZO USB EM CODIGO
13/04/2017	16:05:00	regatm03	421638204	03
13/04/2017	16:05:29	regatm03	421638204	Event Priority changed from 4 to 0 at: 04/13/17 16:05:29
13/04/2017	16:05:29	regatm03	421638204	Tipo do evento alterado de M01 para M22GM22G; às 13/04/17 16:05:29
13/04/2017	16:05:29	regatm03	421638204	by: WALKER FERREIRA DA SILVA no terminal: regatm03
13/04/2017	16:05:29	regatm03	421638204	~~~ by: WALKER FERREIRA DA SILVA no terminal: regatm03
13/04/2017	16:05:37	regatm03	421638204	
13/04/2017	16:07:30	despam02	17496874	VIATURA USB44 DESPACHADA - Comendante da VTR: (CIO DS CIO DS)
13/04/2017	16:09:24	despam02	17496874	VIATURA USB44 FM ROTA
13/04/2017	16:09:30	despam02	17496874	USB 44 ACONDICIONADA E SAINDO DA BASE NACABA
13/04/2017	16:09:44	despam02	17496874	VTR DISPONIVEL MAIS PRÓXIMA NESTE QTR
13/04/2017	16:09:57	despam02	17496874	HORARIO: 16H07
13/04/2017	16:21:34	regatm03	421638204	ENVIA DA A USB 44
13/04/2017	16:21:08	regatm03	421638204	CAJU WILLINGTON INFORMOU QUE OS BOMBEIROS LS TÃO PRESTANDO OS PRIMEIROS SOCORROS
13/04/2017	16:26:37	regatm04	55323904	
13/04/2017	16:59:32	regatm04	55323904	USB 44, WILTON
13/04/2017	17:00:42	regatm04	55323904	COLISÃO CARRO/MOTO
13/04/2017	17:00:51	regatm04	55323904	ORA DE F.C CANINÉ RODRIGUES DO NTO, 45 ANOS
13/04/2017	17:00:06	regatm04	55323904	ESTAVA AO SOLO NA ABORDAGEM, CONSCIENTE, DIRENTADO
13/04/2017	17:00:09	regatm04	55323904	PIPLAS ISSU FOTO
13/04/2017	17:00:13	regatm04	55323904	GLASGOW IS
13/04/2017	17:00:24	regatm04	55323904	FRACTURA FECHADA EM PUNHO ESQUERDO
13/04/2017	17:00:32	regatm04	55323904	DOR EM REGIÃO PRÉVIA A D
13/04/2017	17:00:48	regatm04	55323904	IMOBILIZADO CONFORME PROTOCOLO
13/04/2017	17:00:50	regatm04	55323904	SSVM
13/04/2017	17:01:01	regatm04	55323904	PA 120X90 FC 70, FR 20, SAT 98AA
13/04/2017	17:01:42	regatm04	55323904	CD AC ESSO COM RUMINER LACTATO
13/04/2017	17:01:51	regatm04	55323904	SEGUIR OTS DO DEOCLÉCIO



15/08/2017

Cronologia

13/04/2017	17:37:46	despamail2	17496874	VIATURA USH4 INFORMOU O LOCAL.
13/04/2017	17:37:52	despamail2	17496874	VIATURA USH4 INFORMOU O CODIGO CL.
13/04/2017	17:37:52	despamail2	17496874	VIATURA USH4 INFORMOU O CODIGO UC.
13/04/2017	17:52:42	despamail1	11136404	VIATURA USH4 FINALIZOU A Ocorrência como (EM CAMINHADO HOSPITAL) COMENTÁRIO ADICIONAL: PR CRISTIAN

SABRINA LAVALCANTE DE MACEDO
COORDENADORA DE REGULACAO MEDICA



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA													
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMIZ, 180, BALDÓ, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 06.824.196/0001-31 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 28/04/02 Ligações Grátiatas: - Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 - Ouvidoria 0800 064 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0187 - Ligação Grátiata de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Grátiata de telefones fixos e móveis										
 COSERN www.cosern.com.br			PROTOCOLO RECEBIDO 10 JUN 2019 16 CORRIDA DO SOL ADAM										
DADOS DO CLIENTE MARIA GELEONIDE DE FRANCA DOMINGOS CPF: 499.655.804-88		DATA DE VENCIMENTO DA FOLHA DE SEGURO 31/05/2019	DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019	CONTA CONTRATADA 0005888502018									
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SÍCARIO EUFRATES 4 P.Q. INDUSTRIAL EMERIS/ÁREA URBANA 59149-250 PARNAÍBA/RN		TOTAL A PAGAR (R\$) 156,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019	Nº DO CLIENTE 3000713872									
			NÚMERO DA NOTA FISCAL 024722512	Nº DA INSTALAÇÃO 0001228005									
				Série: U CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico									
				RESERVADO AO FISCO DB41.7516.025A.849D.8FB9.FA0B.6E9A.556A									
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL													
Descrição Consumo Alíva(kWh)	Quantidade 197,00	Preço 0,87801770	Valor (R\$) 133,58	DETALHAMENTO DÉBITOS CONFERENCIAMENTO CORTE <table border="1"> <tr> <td>Vencido</td> <td>04/05/19</td> <td>Valor</td> <td>133,58</td> </tr> <tr> <td>atrasado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Este comprovante não substitui a fatura anterior e não comprova</p>		Vencido	04/05/19	Valor	133,58	atrasado			
Vencido	04/05/19	Valor	133,58										
atrasado													
Acrecimo Bordoia AMARELA			2,10										





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

Para maiores esclarecimentos, visite o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 922 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 92 35

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=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.¹

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA AFERTA, 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090 505 304, 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Caminoz Ribeiro de Noronha inscrito (a) no CPF sob o N° 751668604, 20
do sinistro de DPVAT cobertura 110011012 da Vítima Francisco Caminoz Ribeiro de Noronha
inscrito (a) no CPF sob o N° 751668604, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recepcionista Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 209 do Código Penal.

Enderço:	<u>Rua Rio Currais</u>	Número:	<u>09</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>GRANJA</u>	Cidade:	<u>PARANAMirim</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Anatalystparanmir@hotmail.com.br</u>				
	Tel (DDD): <u>(84) 999982124</u>				

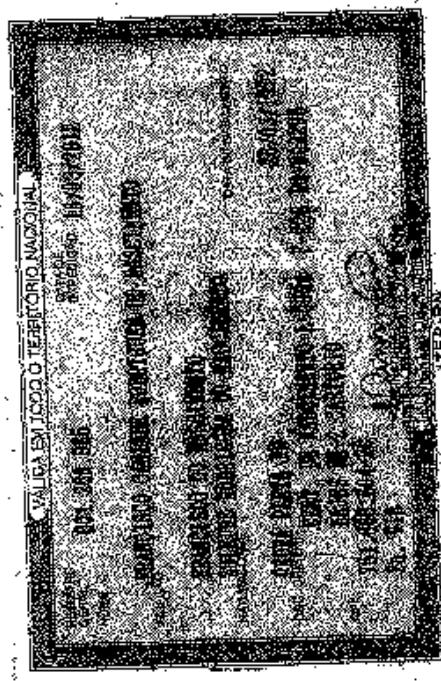
Local e Data: Porto Alegre - 20 - Maio - 2019

Wanderson de Franca Domingos
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO
10 JUN 2019
TOMADA SOU ASS.
REC. 10 JUN 2019

DI.DRL.001 V001/2017





PROTOCOLO
RECEBIDO
10 JUN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **090.505.304-43**

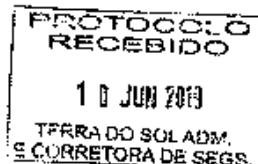
Nome: **WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS**

Data de Nascimento: **12/09/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/08/2007**

Dígito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:45:45** do dia **11/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7B78.F02B.9A7C.86AD**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1753736912

WANT PESSOM DE FRANCA DOMINICA

002775855 ITSP UN

CPF: 090.505.304-43 DATA DE EMISSÃO: 12/09/1993

UBIRACI TOLEDO

MARIA GELSONEIDE FRANCA
DOMINGOS

PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.
VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO	
30/10/2023	27/06/2024	

卷之三

05812135586

VALIDADE —

VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO
30/30/2023	001 -

→ OBSERVAÇÕES

三

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

11/2011-2012

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

- 10 -

ASSESSMENT AND CONTAINMENT

DATA FLOWSTAGE

01/11/2018

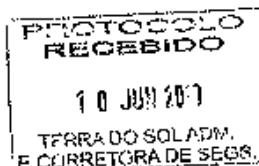
L-6254-V-1 Magnide Prepara-
tion of Gated Polymer

04070337761
RN706442924

RIO GRANDE DO NORTE



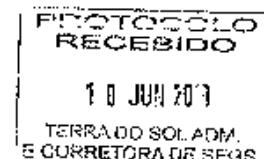
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO



PJe TJRN
Tribunal de Justiça do RN - 1º Grau

O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 0839452-91.2017.8.20.5001
em 15/05/2019 10:53:33 por MIELSON DOS SANTOS MENEZES
Documento assinado por:

- MIELSON DOS SANTOS MENEZES



Consulte este documento em:
<https://pje.tjrн.jus.br:443/pje/1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: 19051510533381000000041532000
ID do documento: 42953190



ADVOCACIA & CONSULTORIA ESPECIALIZADA

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (FZA) DE DIREITO DA 23ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

PROCESSO N.º 0839452-91.2017.8.20.5001

FRANCISCO CANINDÉ RODRIGUES DO NASCIMENTO, já devidamente qualificado nos autos da ação acima referida, vem ante Vossa Excelência, por intermédio do seu advogado devidamente constituído que ora subscreve, apresentar a comunicação de desistência da demanda, uma vez que não mais pretende o objeto da presente ação ante o fato de ter entendido mais adequado procurar o prévio protocolo administrativo, o que não havia sido feito anteriormente ao ingresso com a presente demanda, razão pela qual inclusive resta impossibilitada a apresentação do documento requerido no último despacho proferido nos presentes autos, devendo este Juízo julgar extinto o processo sem resolução de mérito por desistência do Autor, observando-se ainda que este é beneficiário da Justiça Gratuita.

Termos em que pede e,
Espera Deferimento.

Natal (RN), 15 de maio de 2019.

Assinado de forma digital por
MIELSON DOS SANTOS MENEZES
Dados: 2019.05.15 10:50:01
-03:00

Mielson dos Santos Menezes

OAB-RN 12.018

Av. Santarém 724 - Vale Dourado - Nossa Senhora da Apresentação - Natal/RN - CEP: 59114-200
Fone: + 55 (84) 8891- 6170 | 9959 -7566 - E-mail: amadvocacia@outlook.com



Processo Judicial Eletrônico

https://pjc.tjrn.jus.br/pjc/grau/Painel/painel_usuario/documentoH1MI...



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

23ª Vara Clube da Comarca de Natal - DPVAT

AC Fórum Seabra Fagundes, Rua Doutor Lauro Pinto 315, Lagoa Nova - NATAL - RN - CEP: 59006-072

Processor: 0839452-91 2017-3-29 5061

Asse: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

RÉV: SEGURO ADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAL S.A.

RESARCIMIENTO

Vistos hoy...

Intime-se a parte autora para, por seu patrono, no prazo legal de 15 (quinze) dias, colacionar aos autos à comprovação do requerimento administrativo referente ao seguro indemnizatório decorrente do acidente de trânsito narrado vestibularmecate, carregando, conforme o caso, comprovante do valor parcialmente recebido, negativa de pagamento pela Seguradora ou comprovante de que a mesma não finalizou o procedimento no prazo legal, sob pena de extinção do processo, sem resolução de mérito (CPC, art. 485, VI).

Transscrito em branco o referido prazo legal, o que a Secretaria certificam. Voltem-nos conclusões para sentença.

Em caso de cumprimento a determinação do despacho zero, retorno-me os autos conclusos para despacho a fim de que seja arquivada revisão médica na parte sujeita.

115

NATAT/RN - 6 de maio de 2019

ELISTÁQUIO JOSÉ FREIRE DE FARIAS

Witz de Dixie

1 de 2

28/05/2019 11:23



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2019 15:02:31
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908161502306350000046350535>
Número do documento: 1908161502306350000046350535

Núm. 47925692 - Pág. 30

{documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06}

Assinado eletronicamente por: ENVIAGUO NOTAIS REINHOS MARQUES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/grau/Processo/ConsultaDocumento/
listView.seam
ID do documento: 42693577



19081615023063500000046350535



PROTÓCOLO
RECEBIDO
10 JUN 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

PROCURACAO

OUTORGANTE: Francisco Caninoes Rodrigues do Nascimento, brasileiro(a), estado civil casado, profissão ADM. ADMIS., documento de identificação 102171005, nº 1238965, data de expedição: 16/03/2012, CPF: 251.669.604-20, residente e domiciliado(a) na Rua Joséon Farias, Nº: 35, Cidade: NATAL, Estado RN, CEP 59.114-303. Tel. 1: (84) 99998-2124 Tel. 2: (84) 99806-3122

Outorgado: WANDERSON DE FRANÇA DOMINGOS, CPF 090.505.304-43 e RG: 002.775.855 com endereço cito à Rua Rio Eufrates, 04, no bairro de Emaús - Parnamirim/RN.

Poderes: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referentes a pedidos de indenização do Seguro DPVAT junto as seguradoras credenciadas à líder em todas as naturezas (Invalidez, Óbito, Dáns), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela líder, realizar contestações junto à líder e a SUSEP.

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

Natal 13 de maio de 2013
Francisco Caninoes Rodrigues do Nascimento
OUTORGANTE

