



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
47925682	16/08/2019 15:02	Petição	Petição
47925684	16/08/2019 15:02	2567723_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_02	Outros documentos
47925692	16/08/2019 15:02	2567723_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS Anexo_01	Outros documentos

Juntada de petição.





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





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, contatos 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 14477207





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



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 NASCIMENT

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000030771-6

Nr. da Autenticação A1485816AE9BC960



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 ELEVÇÃO 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 DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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 DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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 ELEVÇÃO 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 DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 751.668.604-20 Nome completo da vítima: Francisco Carneiro Rodrigues do Nascimento

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

Nome completo: Francisco Carneiro Rodrigues do Nascimento CPF: 751.668.604-20

Profissão: RECUPADORIA Endereço: R. JOÃOSON FERNANDES Número: 78 Complemento: _____

Bairro: US? SENHORA ARA Cidade: AVATÁ Estado: RJ CEP: 59114-103

E-mail: ANALISA@RUAHOTMAIL.COM.BR P.I.D.D. 999982124

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ ACIMA DE R\$50.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 00030771 @

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 50 (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, 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 e 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Local e Data: AVATÁ 20/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

PROTOCOLO RECEBIDO

10 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM. E GERENCIAMENTO DE SEGS.

(*) Assinatura de quem assina A RUGO

Fran Udo Carneiro R. do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

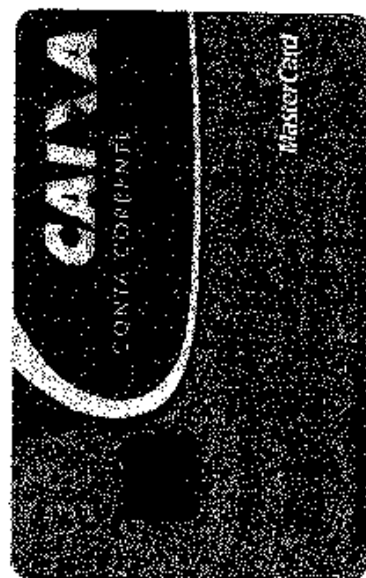
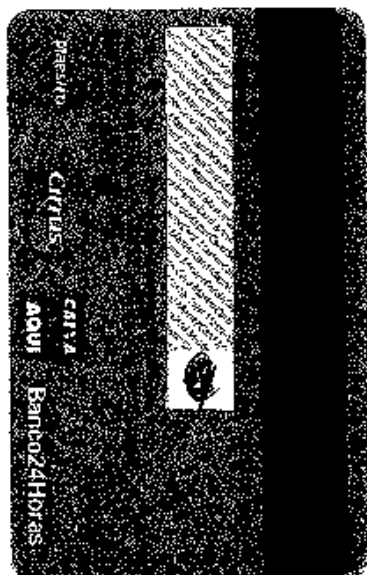
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SÉU RUGO, 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





**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 CARRÉGAR 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits 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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 95637

1 - LOCAL E DATA

Local Rm 063 Bairro PONTA M. G. RA
Cidade/UF NATAL P. Ref. FAZENDA
Data 12/04/2017 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 ☐ - Outros(s)

3 - VEICULO 01

Placa ou Chassi MW 9712 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. KIA Niro 1.8 Cor PRETO Ano 2013 1 ano
Proprietário JOSÉ ROBERTO DE MASCARENHAS Nº de Ocupantes 02
Condutor JOSE ROBERTO DE MASCARENHAS Data de Nascimento 26/10/1972
Endereço RUA JOSE ROBERTO DE MASCARENHAS Nº 25 Fone 988.868.5132
Bairro JOSE ROBERTO DE MASCARENHAS Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 751.688.604.20 CNH Nº 02806582272 Validade 12/10/2013 Categoria B
Local de Trabalho SEEL Fone 312.302.40
End. RUA CORONEL RIBEIRO Nº 33 Bairro CIDADE ALTA Cidade NATAL

4 - VEICULO 02

Placa ou Chassi MW 5633 Cidade JOÃO PESSOA UF PR
Marca/Mod. FIAT IDEA ADVENTURE DUAL Cor VERDE Ano 2010 1 ano
Proprietário LOURENÇO PIRES DE AZEVEDO Nº de Ocupantes 02
Condutor LOURENÇO PIRES DE AZEVEDO Data de Nascimento 12/10/1972
Endereço AV. MARECHAL LACERDA MONTENEGRO TORRES Nº 515 Fone 9913.5850
Bairro PRIMA DECEMBER Cidade JOÃO PESSOA UF PR
CPF Nº 061.359.357.04 CNH Nº 00135.116089 Validade 05/10/2018 Categoria B
Local de Trabalho CLDI Fone 3216.1452
End. ROTA 20501 RN 063 Nº SIN Bairro BARRA DO INH Cidade JOÃO PESSOA

5 - VEICULO 03

Placa ou Chassi 10 JUN 2017 Cidade JOÃO PESSOA UF PR
Marca/Mod. FIAT IDEA ADVENTURE DUAL Cor VERDE Ano 2010 1 ano
Proprietário LOURENÇO PIRES DE AZEVEDO Nº de Ocupantes 02
Condutor LOURENÇO PIRES DE AZEVEDO Data de Nascimento 12/10/1972
Endereço AV. MARECHAL LACERDA MONTENEGRO TORRES Nº 515 Fone 9913.5850
Bairro PRIMA DECEMBER Cidade JOÃO PESSOA UF PR
CPF Nº 061.359.357.04 CNH Nº 00135.116089 Validade 05/10/2018 Categoria B
Local de Trabalho CLDI Fone 3216.1452
End. ROTA 20501 RN 063 Nº SIN Bairro BARRA DO INH Cidade JOÃO PESSOA

6 - VEICULO 04

Placa ou Chassi 10 JUN 2017 Cidade JOÃO PESSOA UF PR
Marca/Mod. FIAT IDEA ADVENTURE DUAL Cor VERDE Ano 2010 1 ano
Proprietário LOURENÇO PIRES DE AZEVEDO Nº de Ocupantes 02
Condutor LOURENÇO PIRES DE AZEVEDO Data de Nascimento 12/10/1972
Endereço AV. MARECHAL LACERDA MONTENEGRO TORRES Nº 515 Fone 9913.5850
Bairro PRIMA DECEMBER Cidade JOÃO PESSOA UF PR
CPF Nº 061.359.357.04 CNH Nº 00135.116089 Validade 05/10/2018 Categoria B
Local de Trabalho CLDI Fone 3216.1452
End. ROTA 20501 RN 063 Nº SIN Bairro BARRA DO INH Cidade JOÃO PESSOA

Autenticação Número do Boletim: 95637 Número da Ocorrência: 331351 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 11:39:22 Número/Controle: B886788653



VERSÕES DOS MONITORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN 063
Em que sentido? PARTE INTERNA A RUA **Em que faixa?** direita
Versão do condutor INFORMOU QUE AO PASSAR PELA ROTATORIA V2 AVANÇOU O
COLÍDEI EM SUA FAIXA

} } }

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN 063
Em que sentido? PARTE INTERNA A RUA **Em que faixa?** DIREITA
Versão do condutor INFORMOU QUE AO ENTRAR NA ROTATORIA SINALIZOU COM O
PANEL MAS V1 NÃO OBSERVOU A SINALIZAÇÃO DA VIA E CONTINOU A PROCE-
DER DE SEU VEÍCULO NÃO PERCIBENDO O SINISTRO

} } }

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? **Em que faixa?**
Versão do condutor

} } }

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? **Em que faixa?**
Versão do condutor

} } }

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação Número do Boletim: 95637 Número da Ocorrência: 331361 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 11:39:22 Número/Controle: B888768655



95637

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Curva/ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Ítala	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anilheamento	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingresso	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Sinalizador
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Saída	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingresso	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Saída	<input type="checkbox"/> Entupida	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>R2</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u> </u> KM/H
			<input checked="" type="checkbox"/> Retarda	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> <u> </u>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> <u> </u>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVÁRIAS VISUAIS NOTADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVÁRIAS DO VEÍCULO 1 PORTA DIANTEIRA
PARA DIANTEIRA BOM DIANTEIRA
QUADRA, ESTRELA, EMBAL, LAMPADA
UMA OUTRA, LANTERNAS
DETRÁS E DIREITO BOMAS
DANO A VERIFICAR

AVÁRIAS DO VEÍCULO 2 PORTA DIANTEIRA
E TRAVESSA DIREITA LONGARINA
DETRÁS DANO A VERIFICAR

AVÁRIAS DO VEÍCULO 3

AVÁRIAS DO VEÍCULO 4

Autenticação Número do Boletim: 95637 Número da Ocorrência: 331351 Data Registro: 27/04/2017 Hora Registro: 11:39:22 Número/Contrato: B668786655



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO ROBOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA ROBOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1314 - E-mail: cprsetordetráfego@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/ POP180 - 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 preceitua o artigo 28 c/c 215-II.


Alan Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade da assinatura: <https://pje1g.trjrn.jus.br:7000/jea/jea.jspx?x=19081615023063500000046350535>

Autenticação B888768658	Número do Boletim: 95637	Número da Decisão: 351351	Data Registro: 27/04/2017	Hora Registro: 18:38:22	Número Controle:
----------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------

*Somente por escrito, valor legal em português, que estejam assinados pelo chefe, do setor ou auxiliar.

reafirmo



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 751.668.604-20 Nome completo da vítima: FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Nome completo: FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO CPF: 751.668.604-20

Polissa: REC-PC/0001234 Endereço: JOÃOIM FERNANDES Número: 75 Complemento: _____

Bairro: SENHORA RITA Cidade: PARATI Estado: RJ CEP: 59114-103

E-mail: ANALISTA_RJ@hotmail.com.br Telefone: 18499982124

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

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 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0093 CONTA: 00030771 @

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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 na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ou 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Local e Data: PARATI 20/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RRGD

Francisco Carvalho Rodrigues do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

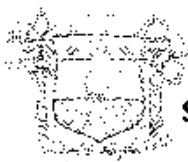
Assinatura

(*) 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 faz necessário,
que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a
ocorrência N° 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 Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat: 195.849-6

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO 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
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S254354
DATA DA OCORRÊNCIA:	13/04/2017 16:02:59
CIDADE:	PARNAMIRIM
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	ROTATORIA SENTIDO PJUM
INTERESSADO:	MARCIO
TELEFONE:	9931745333
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	15/08/2017 15:23:11

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
13/04/2017	16:02:58	term1	16551924	PROX- AO TRASQUEIRAO
13/04/2017	16:03:58	term1	16551924	PROX- COND PONTA NEGRA BOULEVARD
13/04/2017	16:04:58	term1	16551924	PCTE- DESC ID- 00
13/04/2017	16:05:06	regsamu03	421638204	QTR SOLICITANTE: COLISÃO CARRO-MOTO. VITIMA CONSCIENTE. AUTORIZO USB EM CODIGO
13/04/2017	16:05:06	regsamu03	421638204	03
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 04/13/17 16:05:29
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** Tipo do evento alterado de M01 para M22(M22G) às 13/04/17 16:05:29
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** -- by: WALKER FERREIRA DA SILVA on terminal: regsamu03
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** -- by: WALKER FERREIRA DA SILVA on terminal: regsamu03
13/04/2017	16:05:37	regsamu03	421638204	
13/04/2017	16:07:50	despsamu2	17496674	VIATURA USB44 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
13/04/2017	16:09:24	despsamu2	17496674	VIATURA USB44 EM ROTA
13/04/2017	16:09:36	despsamu2	17496674	USB 44 ACHGADA E SAINDO DA BASE MACAIBA
13/04/2017	16:09:44	despsamu2	17496674	VTR DISPONIVEL MAIS PROXIMA NESTE QTR
13/04/2017	16:09:57	despsamu2	17496674	HORARIO: 16H07
13/04/2017	16:21:34	regsamu03	421638204	ENVIADA A USB 44
13/04/2017	16:21:09	regsamu03	421638204	CABO WILLINGTON INFORMOU QUE OS BOMBEIROS ESTÃO PRESTANDO OS PRIMEIROS SOCORROS
13/04/2017	16:26:37	regsamu04	55323904	
13/04/2017	16:38:32	regsamu04	55323904	USB 44, WILTON
13/04/2017	16:39:42	regsamu04	55323904	COLISÃO CARRO MOTO
13/04/2017	16:39:51	regsamu04	55323904	ORA DE FCC CANINDE RODRIGUES DO NTO, 45 ANOS
13/04/2017	17:00:06	regsamu04	55323904	ESTAVA AO SOLO NA ABORDAGEM, CONSCIENTE, ORIENTADO
13/04/2017	17:00:09	regsamu04	55323904	PUPILAS ISO FOTO
13/04/2017	17:00:13	regsamu04	55323904	GLASGOW 15
13/04/2017	17:00:24	regsamu04	55323904	FRATURA FECHADA EM PUNHO ESQUERDO
13/04/2017	17:00:32	regsamu04	55323904	DOR EM REGIÃO PELVICA A D
13/04/2017	17:00:48	regsamu04	55323904	IMOBILIZADO CONFORME PROTOCOLO
13/04/2017	17:00:50	regsamu04	55323904	SVVV
13/04/2017	17:01:01	regsamu04	55323904	PA 120X90, FC 77, FR 20, SAT 58AA
13/04/2017	17:01:42	regsamu04	55323904	CD AC ESSO COM RINGER LACTATO
13/04/2017	17:01:51	regsamu04	55323904	SEGUIR QTR DO DECELECIO

http://192.168.0.5/mvc/cronologia/impressao/S254354

1/2



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

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

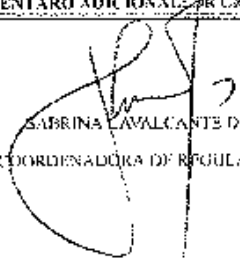
Número do documento: 19081615023063500000046350535

Num. 47925692 - Pág. 19

15/08/2017

Cronologia

13/04/2017	7:37:56	despam02	17496874	VIATURA USB44 CHEGOU AO LOCAL
13/04/2017	7:37:52	despam02	17496874	VIATURA USB44 INFORMOU O CÓDIGO CL
13/04/2017	7:37:52	despam02	17496874	VIATURA USB44 INFORMOU O CÓDIGO UCI
13/04/2017	7:52:42	despam01	11176604	VIATURA USB44 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: PR CRISTIAN


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



- PARA USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS
- ☐ Malou-se
 - ☐ Descontrole
 - ☐ Bloqueio
 - ☐ Endereço insuficiente
 - ☐ Informação prestada pelo remetente ou serviço
 - ☐ Não existe número indicado
 - ☐ CEP errado
 - ☐ Alto Prioridade
 - ☐ Ausente
 - ☐ Faltando
- RECEBIDO ELETRÔNICO - CEEX

Losango
Conte com a gente



0132 - CTC SANTO ANDRÉ SPM PLS
**FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO
R JOADSON FERNANDES 76
CASA NS SENHORA APR
59114-103. NATAL RN**



720N0396392950700000756830240717

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

10 JUN 2017

**1. UNIDADE SOL ADM.
CORRETORES DE SEGS.**

COLOMBO



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOSZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 05.324.196/0001-91 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-D		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 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 0187 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	
DADOS DO CLIENTE MARIA GELBOVEIDE DE FRANCA DOMINGOS CPF: 430.655.804-88		PROTÓCOLO RECEBIDO COSERN 10 JUN 2019 TURRA DO SOL-ADM E-CONSTRUTORA DE SEGS	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA RIO EUFRATES 4 PO INDUSTRIAL EM AUSIÁREA URBANA 59149-250 PARNAMIRIM RN		DATA DE VENCIMENTO DE SEGS 31/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 156,18	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 024722512 Série: LI
As condições gerais do 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		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
		RESERVADO AO FISCO DB41.7516.C25A.849D.8FB9.FA0B.5E9A.556A	
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	197,00	0,87801770	173,58
Acrescimo Sandoira AMARELA			2,10
		TOTAL TOTAL, DESPESAS EXISTENTES CANCELAMENTO CORTE Vendido DL Rum Valor 24/05/19 146,20	
Esta contabilidade NÃO substitui a emissão de recibos anteriores e NÃO contém multa.			





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-92-95

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 segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

WANDERSON DE FRANÇA DOMINGOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ

090.505.304, 43

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o nº 751.668.604, 20

do sinistro de DPVAT cobertura

1. INVALIDEZ

da vítima

FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO

inscrito (e) no CPF sob o nº

751.668.604, 20

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

RECEPCIONISTA

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

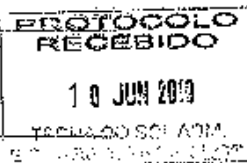
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

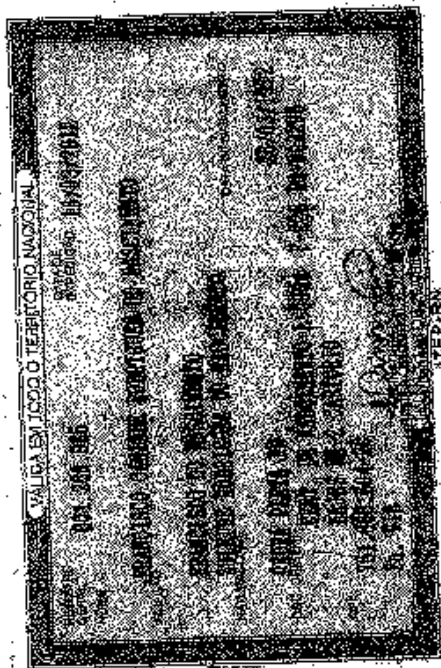
Endereço:	<u>Rua Rio Curatéis</u>	Número:	<u>04</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>GAUÇUS</u>	Cidade:	<u>PARANAMIRIM</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>ANATSTADLER@HOTMAIL.COM.BR</u>			CEP:	<u>59149250</u>
				Tel. (DDD):	<u>(84) 999982124</u>

Local e Data: PARANAMIRIM - RN - 20 - MAIO - 2019

Wandererson de França Domingos

Assinatura do Declarante





Vigima



PROTOCOLO
RECEBIDO
10 JUN 70
TERRA DO SOLADM.
E CORRETORA DE SESS.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **090.505.304-43**

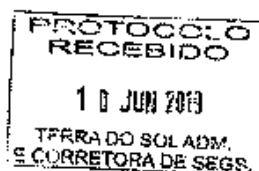
Nome: **WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/08/2007**

Digito 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/REB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1753736912



PROIBIDO PLASTIFICAR
1753736912

NANDERSON DE FRANCA DOMINGOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
002775855 ITRP RN

CPF **090.505.304-43** DATA NASCIMENTO **12/09/1993**

FILIAÇÃO **UBIRACI TOLEDO DOMINGOS**

MARIA GELSONEIDE FRANCA DOMINGOS

PERMISSÃO **ACC** CAT. HAB. **53**

Nº REGISTRO **05812135566** VALIDADE **30/10/2023** 1ª HABILITAÇÃO **27/06/2013**

OBSERVAÇÕES
A
PROTOCOLO RECEBIDO
10 JUL 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Nanderson de Franca Domingos

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL **NATAL, RN** DATA EMISSÃO **01/11/2018**

Luiz Edgardo Machado Pereira
Diretor Geral - Delran/RN
ASSINATURA DO EMISOR

04070337761
RN704482924

RIO GRANDE DO NORTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES - LEI Nº 4.074/62 - EM 24.12.62 - COM AS ALTERAÇÕES
FEITAS PELA LEI Nº 4.074/62 - COM AS ALTERAÇÕES

NOTA Nº 015/055-1997 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraliber.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 01/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

064.387.283-11 07/02/2017

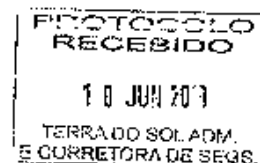
PROTOCOLO
RECEBIDO
10 JUL 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PJe

TJRN
Tribunal de Justiça do RN - 1º Grau

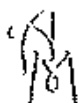
O documento a seguir foi juntado aos autos do processo de número 0839452-91.2017.8.20.5001
em 15/05/2019 10:53:33 por MIELSON DOS SANTOS MENEZES
Documento assinado por:

- MIELSON DOS SANTOS MENEZES



Consulte este documento em:
<https://pje.tjn.jus.br:443/pje1gran/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
usando o código: 19081615023063500000041532000
ID do documento: 42953190





ADVOCACIA & CONSULTORIA ESPECIALIZADA

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (IZA) 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
+08'00'

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://pje.tjrn.jus.br/pje1grau:Panel:panel_usuario/documentoH1MI...

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT
AC Fórum Seabra Fagundes, Rua Doutor Lauro Pinto 315, Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 58064-072

Processo: 0839452-91.2017.8.20.5001

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO CANINDÉ RODRIGUES DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos hoje..

Intima-se a parte autora para, por seu patrono, no prazo legal de 15 (quinze) dias, colacionar aos autos a comprovação do requerimento administrativo referente ao seguro indenizatório decorrente do acidente de trânsito narrado vestibulamente, arcuando, 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).

Transcorrido em branco o referido prazo legal, o que a Secretaria certificará, voltem-nos conclusos para sentença.

Em caso de cumprimento a determinação do despacho zero, retorne-me os autos conclusos para despacho a fim de que seja aprazada perícia médica na parte autora.

P.U.C.

NATAL/RN, 6 de maio de 2019

EUSTÁQUIO JOSÉ FREIRE DE FARIAS

Juiz de Direito

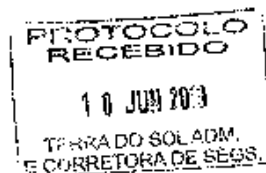


{documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06}

1905071 5055810400001041289026



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO,
brasileiro(a), estado civil UNIAO ESTAVEL, profissão ANX. ADMIA.,
documento de identificação IDENTIDADE, nº 1288965, data de
expedição: 16.03.2012, CPF: 751.669.604-20, residente e domiciliado(a) na
Rua JOADSON FERNANDES Nº: 35 Cidade: NATAL,
Estado RN, CEP 59.114-403
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, Dams), 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 20 19

Francisco Caninde R. do Nascimento
OUTORGANTE

