



Número: **0800196-93.2018.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **12/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA APARECIDA CAMARA (AUTOR)		RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35448738	12/12/2018 11:36	Procuração ad judicia et extra	Procuração
35448787	12/12/2018 11:36	documentos pessoais	Documento de Identificação
35448829	12/12/2018 11:36	Rastreio de entrega - correios	Documento de Comprovação
35448858	12/12/2018 11:36	carta de exigência - 2	Documento de Comprovação
35449100	12/12/2018 11:36	declaração do proprietário003	Documento de Comprovação
35449231	12/12/2018 11:36	Ficha hospitalar completa002	Documento de Comprovação
35449311	12/12/2018 11:36	Carta de exigência - DPVAT	Documento de Comprovação
35449350	12/12/2018 11:36	Carta de aviso de sinistro - DAMS	Documento de Comprovação
35449362	12/12/2018 11:36	carta de exigência - documentos	Documento de Comprovação
35449410	12/12/2018 11:36	carta de recebimento-número processo	Documento de Comprovação
35449517	12/12/2018 11:36	notas fiscais - cirurgia001	Nota Fiscal
35449569	12/12/2018 11:36	RECEITUÁRIO	Outros documentos
35449592	12/12/2018 11:36	ATESTADOS	Outros documentos
35449638	12/12/2018 11:36	BO E ATENDIMENTO URGENTE	Outros documentos
35449742	12/12/2018 11:36	documentos do DPVAT-2	Outros documentos
35450135	12/12/2018 11:36	documentos do DPVAT	Documento de Comprovação
39122416	13/02/2019 16:42	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

NOME: MARIA APARECIDA CÂMARA		
NACIONALIDADE: BRASILEIRA		ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
RG nº 3.717.347	ORGÃO EXP.: ITEP/RN	CPF nº 284.286.168-09
PROFISSÃO: AGRICULTORA	END.: SÍTIO PESQUEIRO	
Nº 14	BAIRRO: ZONA RURAL	CIDADE: FRUTUOSO GOMES/RN
CEP: 59.890-000	FONE: —	EMAIL: —

OUTORGADO: o DR. RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN com nº 9340, nascido aos 26.03.1987, inscrito no CPF/MF sob o nº 061.637.194-25, com endereço profissional na Rua Raul Limeira, nº 126, Conjunto Raimundo Belarmino, Cidade de Frutuoso Gomes – RN, CEP: 59890-000, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes; representar-me perante qualquer repartição pública federal, estadual e municipal, requerendo o que for preciso, dando tudo por bom, firme e valioso, **ainda podendo assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105 do NCPC.**

Especialmente para: PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA

Frutuoso Gomes – RN, 19 de SETEMBRO de 2018.

Maria Aparecida Câmara

Outorgante

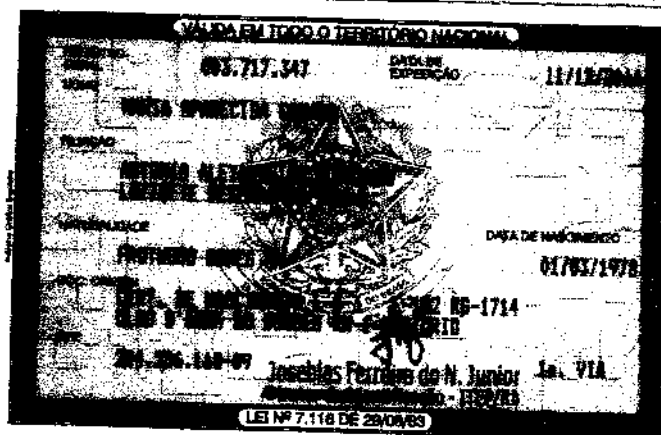
CÓPIA COLORIDA



AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia, reprodução
do original que me foi exibido, do que
dou fé.

Frutuoso Gomes/RN 23/12/2017

Viviane Holanda da Costa
Viviane Holanda da Costa
Escrevente Substituta



CÓPIA COLORIDA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética de Rio Grande do Norte - CEP 59025-950
 Rua Merritt, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-950
 CNPJ 08.324.136/0001-81 | Insc. Est. 20565198-0 | www.cosern.com.br

PROPOSTA DE CLIENTE
ANTONIO ALEXANDRINO SOBRINHO

ENDEREÇO DA SUBSTITUIÇÃO
SUPERQUEIRO 2 - PR 14 SÍTIO PESQUEIRO

CPF: 854 019 564-87

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
FRUTUOSO GOMES RN
 59890-000

SUBSTITUIÇÃO
S2 RURAL
 AGROPECUÁRIA RURAL
 Monofásico

CÓDIGO CONTRATO **7000330145** **11/2017**
 DATA DE VENCIMENTO **20/11/2017** **13/12/2017**
 TOTAL A PAGAR (R\$) **35,80**

Nº DA NOTA FISCAL	UNICA	MISSÃO
030830651	UNICA	11/11/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/11/2017	3010077855	2025904

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	79,00000000	0,37749967	29,94
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,10
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			2,28
TOTAL DA FATURA			35,80

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE CÍRCULOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
71022-45	CAT	14/10/2017	9972,00		11/11/2017	9990,00		36	1,00000		79,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	PERÍODO	CONSUMO (kWh)
NOV 17	78	
OUT 17	100	
SET 17	110	
AUG 17	164	
JUL 17	98	
JUN 17	112	
MAI 17	104	
ABR 17	91	
MAR 17	89	
FEV 17	76	
JAN 17	89	
DEZ 16	118	
NOV 16	123	

O pagamento mensal da Fatura Elétrica é devido até o dia 20 de cada mês, sob pena de incidência de multa de 0,1% ao dia de atraso. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições.

Não é permitida a utilização de energia elétrica para fins comerciais ou industriais. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições. O cliente é responsável por manter o medidor em funcionamento e em boas condições.

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	PERCENTUAL	LIMITE	LIMITE	LIMITE
ALMAYONSO	0,00	18,34	21,19	42,34	220	782	781	781



AUTENTICAÇÃO
 Autentico a presente cópia, reprodução do original que me foi exibido, do que dou fé.
 Frutuoso Gomes/RN 21/12/2017
Viviane Holanda da Costa
 Viviane Holanda da Costa
 Escrevente Substituta

Correspondente do Banco Bradesco

Extrato de Pre-abertura de Contas

Ag. Relac.: 08654 - BRAS 100 CALZ
MCCB : 086 - MERCADINHO SOMES

Unidade : 08654-086 100 CALZ

Conta : 086540865408654-7

Nome : MARIA APARECIDA CARANA

Data : 19/12/2017

Modalidade: 06

Tipo Pessoa: Física

Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Benefícios: 3

MSU BANCO: 02654132606

NURA : 00131:23

Sujeito a Confirmação do Banco

DAVIDARIA MARQUES
08601 727 9933

celo-puro

DJ039863143BR

O horário apresentado no histórico do objeto não indica quando a situação ocorreu, mas sim quando os dados foram recebidos pelo sistema, exceto no caso do SEDEX 10 e do SEDEX Hoje, em que ele representa o horário real da entrega.

Objeto entregue ao destinatário 09/07/2018 13:29 RIO DE JANEIRO / RJ

09/07/2018 13:29 RIO DE JANEIRO / RJ	Objeto entregue ao destinatário
09/07/2018 09:20 RIO DE JANEIRO / RJ	Objeto saiu para entrega ao destinatário
07/07/2018 05:17 RIO DE JANEIRO / RJ	Objeto encaminhado de Unidade de Tratamento em RIO DE JANEIRO / RJ para Unidade de Distribuição em RIO DE JANEIRO / RJ
05/07/2018 13:16 NATAL / RN	Objeto encaminhado de Unidade de Distribuição em NATAL / RN para Unidade de Tratamento em RIO DE JANEIRO / RJ
03/07/2018 08:54 LUCRECIA / RN	Objeto encaminhado de Agência dos Correios em LUCRECIA / RN para Unidade de Distribuição em NATAL / RN
02/07/2018 15:31 LUCRECIA / RN	Objeto postado após o horário limite da unidade Objeto sujeito a encaminhamento no próximo dia útil

<https://www2.correios.com.br/sistemas/rastreamento/newprint.cfm>

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA APARECIDA CAMARA
Nº Sinistro: 3180199764
Vitima: MARIA APARECIDA CAMARA
Data do Acidente: 27/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180199764**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13156658

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EMANUEL RAMALHO DANTAS
RG nº 3302734, data de expedição 01/02/2005
Órgão SSP, portador do CPF nº 077931654-11, com
domicílio na cidade de Frutuoso Gomes, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Mamuel Fernandes Pimenta nº 1020, complemento _____,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria Aparecida Camara.

Veículo: HONRA POP 1101
Ano: 2017
Modelo: 2017
Placa: 8334/PB
Chassi: 9c2jb0100hr252136
Data do Acidente: 27.08.2017

Local e Data: Frutuoso Gomes, 20 de Junho de 2018.

* Emanuel Ramalho Dantas
Assinatura do Declarante



CARTÓRIO ÚNICO DE FRUTUOSO GOMES/RN
CNPJ 08.491.433/0001-07

TABELIA: Ester da Costa Teixeira Benghi

Reconheço a firma de Emanuel Ramalho Dantas

Por Emelhaça Do que dou fé

Frutuoso Gomes, RN, 20/06/2018

Emmanuel X
Emanuel Xavier Carvalho - Escrevente Substituta

Ficha de Registro do Vacinado

Estabelecimento de Saúde

Código CNS

*Nome

*Nome Mãe

*Data de Nascimento

*Sexo

Raça

*País

*UF res.

*Município residência

Endereço:

Complemento

Bairro

Telefone (com DDD)

E-mail

Zona de residência

*Grupo de Atendimento

Gestante

Comunicante hanseníase

***RA	*Data de Aplicação	*Estratégia	*Imunobiológico	*Laboratório	*Dose	*Lote	*Motivo de Indicação **	*Especialidade (solicitante)	Aprazamento	*Data Digitação
R*18	03/15	R	Hep. B	LG CHEN	02	Wxv 4003			18/5/15	19/03/15
	18/05/15		Hep B	LG CHEN	03	Wxv 4003			/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /

* Campo de preenchimento obrigatório (colocar S/I no caso de não ter informação de Lote e Laboratório)

** No caso de vacinas especiais (CRIE)

*** Assinale X em caso de registro anterior

Veja no verso as tabelas de apoio. Elas facilitarão o preenchimento de algumas informações

CARTÓRIO ÚNICO DE FRUTUOSO GOMES/RN
TABELIA: Estor da Costa Teixeira Benghi

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia, reprodução do original
que me foi exibida. Da que não foi.

Frutuoso Gomes, RN, 14/06/2018

Emanuelli Xavier Carvelho - Escrevente Substituto



FICHA INDIVIDUAL

PRONTUÁRIO Nº **387** ANO **08**

IMUNIZAÇÕES					
VACINAS	ANTI	DTP	B CG	ANTI	TOXÓIDE
DOSES	SARFPO	INICO DE TETANOSO G	SARFPO	TETANICA	OUTRAS
1a	1a	1a	1a	1a	1a
2a	2a	2a	2a	2a	2a
3a	3a	3a	3a	3a	3a
Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

NOME **Maria Aparecida Pereira**
PROFISSÃO **Apresentadora**
PREVIDÊNCIA **14/06/2018**

SEXO **M** **F** ☒ **X**
DATA DE NASCIMENTO **01/03/1978**

DENTIÇÃO DECIDUA

esquerdo

direito

DENTIÇÃO PERMANENTE

esquerdo

direito

Exame Odontológico

Ausente ☒ A Extrair ☒ Extrairdo ☒ Obturado ☒

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
01.04.06	Atendimento odontológico	carie	Ex cl + RC no 31 Polissoma	01/04/06
09/05/06	"	"	Ex no 46	09/05/06
19.03.06	"	"	"	"
08.01.08	Atendimento de enfermagem, realização de exame	Ex. 24 Regime	"	"
	Tratamento oral (nocturno) 1 caixa realizada no atendimento	Tratamento de carie	"	"
10.03.10	Dentista	QUEBRA	PEC (MVL) 11	10/03/10
03.03.10	Atendimento odontológico	carie	PEC (MVL) 36	03/03/10
09.04.10	Atendimento odontológico	carie	PEC (Dtm) 21	09/04/10
16.04.10	Atendimento odontológico	carie	PEC (Dtm) 16	16/04/10
30.04.10	Atendimento odontológico	carie	PEC (Dtm) 17	30/04/10
21.05.10	"	"	PEC (Dtm) 37	21/05/10
02/08/10	Atendimento odontológico	carie	Foi feita 40 ml su de hiper. com	02/08/10
	"	"	efe. 0909193 e vol. 08/09/10 + 0.2	"
	"	"	ml su no dlt. Esquema de	"
	"	"	de (adulter). tot. 090614 e vol. 09/11	"

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
22/10/13	Dispnéia + dor no peito + ruído de mediocao fronte stress. Houve por 3 dias a pouco de tombo de vez, segue em internação. Coluza em MM+I.		Atropodus Veng Stress Med	
18.12.13	Atendimento Odontológico			
06.01.14	CARTÓRIO ÚNICO DE FRUTUOSO GOMES/RN TABELIA: Ester da Costa Teixeira Benghi	-	Prep + Prescrição SG RRC de 16 (od) Caspargem	

PLANEJAMENTO FAMILIAR

CLIENTE NOVA - DATA: / / NATURAL: ☐ FILIULA ☐ CONDOM ☐ ESPERMA- TÍDIA ☐ CONDOM ESPERMA- TÍDIA ☐ OUTROS ☐ CONTRA- INDICAÇÃO ☐

EVOLUÇÃO BACILOSCÓPICA PARA TUBERCULOSE

14/12/2018

VISITAS SUBSEQUENTES		VISITAS SUBSEQUENTES	
DATA	NATURE	DATA	NATURE
7			
8			
9			
10			
11			
12			
OBS			

FICHA DE EVOLUÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Neiva Aparecida Gomes

Nº PRONTUÁRIO: 1387 ANO: 2014

DATA	HISTÓRICO/EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
04/04/14	Prontuário 1387, em parte I e parte II, em parte normal	Peritúrio	Quilibrado	
	DM: 102/114		Exame	Maria Antônia B. Almeida Enfermeira COREN 64811
	Acumulado 27 pontos			
	coro			
07.04.14	Atendimento Odontológico	-		
18/03/15	vacina contra hepatite B	D2	10 ml em no dext. e, de H1B, lote: WUX4003 V: 07/13.	
29/03/15	PA- 140x90 mmHg			
04/04/16	PA 120x80 mmHg			

CARTÃO ÚNICO DE FRUTUOSO GOMES RN
 TABELA: Ester da Costa Teixeira Bonfatti

AUTENTICAÇÃO

Autenticado e assinado digitalmente, reprodução do original que me foi enviado. Do que dou fé.

Frutuosos Gomes, RN, 14/06/2018

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO
 https://pje.trj.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18121211061329500000034246075
 Número do documento: 18121211061329500000034246075



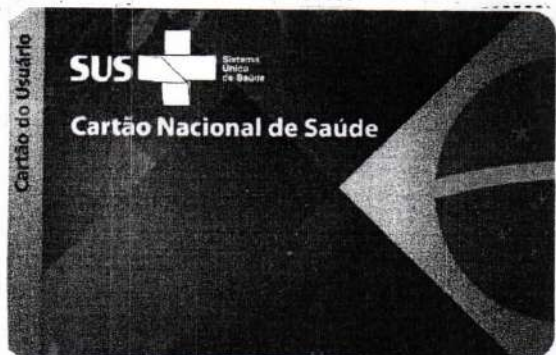
FICHA DE EVOLUÇÃO

Nº PRONTUÁRIO: 387 ANO: _____

DATA	HISTÓRICO/EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
24/03/18	<u>ATENCIÓN MÉDICA:</u> Paciente, 31 anos, apresenta lesão papulosa em MTE, após teste de Schick em de 10/03/18 e 10/04/18. Apresenta lesão em tórax distal de grande extensão, com presença de crosta.	<u>HD:</u> Erupção cutânea?	<u>CD:</u> - Benzilicil - Sensibiliz - Orientação dietética	Dr. Thiago Medeiros

Emmanuel Xavier Carvalho - Escrivente Substituída





CARTÓRIO ÚNICO DE FRUTUOSO GOMES/RN
TABELIA: Ester da Costa Teixeira Benghi

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia, reprodução do original
que me foi exibido. Do que dou fé.

Frutuoso Gomes, RN, 14/10/2018

Emmanueli N.

Emmanueli Xavier Carvalho - Escrevente Substituta



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA CAMARA**
Nº Sinistro: **3180199797**
Vítima: **MARIA APARECIDA CAMARA**
Data do Acidente: **27/08/2017**
Cobertura: **DAMS**
Procurador: **RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180199797**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT**

Carta nº 12771934

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA CAMARA**

Nº Sinistro: **3180199797**

Vítima: **MARIA APARECIDA CAMARA**

Data do Acidente: **27/08/2017**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180199797**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12772431

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA CAMARA**
Nº Sinistro: **3180199764**
Vitima: **MARIA APARECIDA CAMARA**
Data do Acidente: **27/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180199764**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Carta nº 12764422

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA CAMARA**
Nº Sinistro: **3180199764**
Vitima: **MARIA APARECIDA CAMARA**
Data do Acidente: **27/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180199764**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12764387

RECEBEMOS DE Medfix Ortopédica Ltda OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.006.211 SÉRIE:1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
Medfix Ortopédica Ltda. R. Joaquim Fabrício, 267 CEP: 59012-340 - Petrópolis - Natal - RN Tel: (84) 3202-2344		0 - Entrada ☒ 1 1 - Saída ☐ Nº 000.006.211 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 2417 1001 7482 1100 0250 5500 1000 0062 1110 0000 9990 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de Mercadoria		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 324170018382949 - 2017-10-30T15:53:06-03	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 202078850	INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.	CNPJ 01.748.211/0002-50	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 284.286.168-09		DATA DA EMISSÃO 30/10/2017
NOME/RAZÃO SOCIAL MARIA APARECIDA CAMARA		BAIRRO/DISTRITO FRUTUOSO GOMES		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 30/10/2017
ENDEREÇO SÍTIO PESQUEIRO, SN		CEP 59890-000		HORA DE SAÍDA 15:53:59
MUNICÍPIO Frutuoso Gomes		FONE/FAX (84) 9648-2048	UF RN	INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA/DUPPLICATA		
Número 000006211	Data Vcto 31/10/2017	Valor 2.200,00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	2.200,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,34
					VALOR TOTAL DA NOTA
					2.200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0-Emitente		CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 14.532.265/0001-45
RAZÃO SOCIAL RTX LOGISTICS CONSULTING TRANSPORTAC		MUNICÍPIO PARNAMIRIM		UF RN	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
ENDEREÇO RUA DOS JURITIS,13	QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO												
COD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL IPI	% ICMS
002032	6375/05 - PLACA DE SUSTENTACAO TIBIAL DIREITA 8 FUIROS ROSQUEADO (Lote CAD CX INIC) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710090) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	1.570,0000	1.570,00			0,00	0,00
000002	6354 - PARAFUSO CORTICAL AUTO-ROSQUEANTE 4,5X38MM (Lote 3202G17) (Val Lote 30/12/2099) (Anvisa: 10223710098) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00
001902	6356 - PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE 4,5X42 (Lote 2013E17) (Val Lote 30/12/2099) (Anvisa: 10223710068) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00
001868	6319 - PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE COM BLOQUEIO 5,0X22 (Lote P13611) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710068) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00
001869	6320 - PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE COM BLOQUEIO 5,0X24 (Lote S25722) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710068) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00
001870	6321 - PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE COM BLOQUEIO 5,0X26 (Lote S27660) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710068) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00
001871	6322 - PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE COM BLOQUEIO 5,0X28 (Lote S17145) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710068) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	2,0000	70,0000	140,00			0,00	0,00
001872	6323 - PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE COM BLOQUEIO 5,0X30 (Lote T00341) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710068) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00
002129	3265 - PARAFUSO ESPONJOSO R 16,6,5X65MM (Lote 3294D16) (Val Lote Indeterminada) (Anvisa: 10223710038) (Marca ORTOSINTESE) (001)	90211020	040	5102	UN	1,0000	70,0000	70,00			0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (Paciente MARIA APARECIDA CAMARA) (Convênio PARTICULAR) (Médico DR. RAPHAEL MACHADO GONCALVES) (CRM RN 63209 (Data Cirurgia 19/10/2017) (Local MATERNIDADE ALMEIDA) (N Ped. 0005000932) (001) ISENTO DE ICMS NOS TERMOS DA CONV. 01-99 ANEXO UNICO PRORROGADO PELA CONVENÇÃO ICMS 27/2016-ATE	RESERVADO AO FISCO

 PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e	Nº da Nota 000006613	Nº da Substituída		
	Data e Hora de Emissão 24/10/2017 às 08:09:21	Competência OUT/2017		
	Código de Verificação FULU74083	Data Prestação de Serviço 24/10/2017		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 CNPJ: 07.275.740/0001-80 Inscrição Municipal: 009.952-0 Razão Social: CLINICA DE ANESTESIOLOGIA DE MOSSORO LTDA Endereço: RUA 6 DE JANEIRO, 5, 59611-070, NOVA BETANIA Município: MOSSORÓ UF: RIO GRANDE DO NORTE Telefone: (84) 3314-1552 E-mail: cam.anestesia@gmail.com				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: MARIA APARECIDA CAMARA CPF/CNPJ: 284.286.168-09 Inscrição Municipal: Endereço: SÍTIO PESQUEIRO, S/N, 59890-000, FRUTUOSO GOMES Município: FRUTUOSO GOMES UF: RIO GRANDE DO NORTE Telefone: (84) 9648-2048 E-mail:				
SERVIÇOS				
4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.				
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ANESTESIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATÔ TIBIAL.	1,00	900,00	900,00
VALOR TOTAL DA NFS-e RS:				900,00
Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	900,00	5,00	45,00	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS INFORMAÇÕES				


[Imprimir em PDF](#)

 PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e	Nº da Nota 000002062	Nº da Substituída
	Data/Hora de Emissão 20/10/2017 às 07:52:13	Competência OUT/2017
	Código de Verificação PCHR14235	Data Prest. de Serviço 20/10/2017

PRESTADOR DE SERVIÇOS	
CNPJ: 08.256.240/0001-63 Razão Social: ASSOC.DE ASSIST E PROT A MAT. E A INF. DE MOSSORO Endereço: RUA JUVENAL LAMARTINE, 334, 59619-218, CENTRO Município: Mossoró Telefone: (84)33161552	Inscrição Municipal: 001.098-7 UF: RN E-mail: contabilidade.apamim@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS	
Nome/Razão Social: MARIA APARECIDA CAMARA CPF/CNPJ: 284.286.168-09 Endereço: SÍTIO PESQUEIRO, S/N, 59890-000, FRUTUOSO GOMES Município: FRUTUOSO GOMES Telefone: 8496482048	Inscrição Municipal: UF: RIO GRANDE DO NORTE E-mail:

SERVIÇOS	
4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.	

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR REFERENTE A UM DIA DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA DE DOIS LEITOS PARA PROCEDIMENTO DE FRATURA DE TÍBIA REALIZADA NO DIA 19/10/2017.	1,00	1.000,00	1.000,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 1.000,00				
Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 0,00	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) IMUNE	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Natureza da Operação: Imune. Natureza da Operação: Imune.	



RECIBO

Recebi da Sra. MARIA APARECIDA CAMARA ,
portadora do CPF : 284.286.168-09 , o valor de R\$ 3.800,00 (
Três Mil e Oitocentos Reais) referente a um procedimento
cirúrgico de Fratura de Tibia .

Mossoró-RN, 29/11/2017

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

Raphael Machado Gonçalves
CPF: 044.645.124-02
CRM-6320

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Maternidade Severina Carlos de Andrade
CNPJ (MF) 06.349.052/0001-80
Rua José Carlos, 58 - Centro
Frutuoso Gomes/RN

1ª Via (Branca) - Farmácia

2ª Via (Azul) - Paciente

Paciente: MARIA APARECIDA LOPES
Endereço: Rua Amílcar Cavalcanti, 110, Centro, Fr. Go.
Prescrição: 1000 (500 + 500 mg)
6/6h 3x por dia.

Aut. Gomes, 24/11/17

Dr. Hílso Jacome
MÉDICO
CRM/RN 8830

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____
UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Maternidade Severina Carlos de Andrade
CNPJ (MF) 08.349.052/0001-80
Rua José Carlos, 58 - Centro
Frutuoso Gomes/RN

1ª Via (Branca) - Farmácia

2ª Via (Azul) - Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Hallys L. Batista

Médico

CRM/RN - 8839

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
HOSPITAL MATERNIDADE ALMEIDA CASTRO
END. RUA: JUVENAL LAMARTINE, 334 – CENTRO-MOSSORÓ/RN
TEL: (84) 3422-8444 FAX: (84) 3314-0437
CNPJ: 08.256.240/0001-63

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: cefalexina 500mg

tomar 1 qd 6/6 horas por 7 dias

2010.3114

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ ORGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____



Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6320

P/ não houve exame.

14 batido

1 Fixação externa - 01 mês.

para um regime alimentar

07/11/14

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6320

Rua Duodécimo Rosado, 1430 - Nova Betânia - Mossoró / RN
CEP: 59.604-020 | Fone: (84) 9 9910.8100



ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR(A) MARIO RAFAEL GONCALVES
_____, SUBMETEU-SE A TRATAMENTO
NO DIA 30/05/14, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE REPOUSO A PARTIR
DESTA DATA.

C.I.D.: S82.1

A.L.H.: -

MOSSORÓ/RN, 20 DE maio DE 14

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

Médico (Carimbo)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTUOSO GOMES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF - FRUTUOSO GOMES/RN

Rua José Carlos, 84 - Centro - Frutuoso Gomes/RN - Fone: (84) 3394-0153

Nome: _____

RECEITUÁRIO

Maria Aparecida Côrrea, 38

Emomnhamuito

Paciente vítima de acidente (Automobilístico), com
tomado color e cedência um joelho esquerdo.

HD: Fratura ?

CD: Analgesia + Rins x + Transfusão HRTM

Solicito avaliação de ortopedista.

SAÚDE PARA TODOS

Data

27/08/17

Dr. O. L. Lima
CRM: 3006

Assinatura

HOSPITAL MATERNIDADE
**ALMEIDA
CASTRO**
RECEITUARIO

1) *medicamento para dor*

2) *223.88*

3) *Xanax 30mg - 01 ca*

4) *01 ca dia 30 30 30*

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

Prça Cônego Estevam Dantas, Nº 334 - Centro - Mossoró/RN
FONE: (84) 3315-1030

hmalmeidacastro@hotmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTUOSO GOMES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF - FRUTUOSO GOMES/RN

Rua José Carlos, 84 - Centro - Frutuoso Gomes/RN - Fone: (84) 3394-0153

Nome: ME SUSA CIMAL

RECEITUÁRIO

1. DEXA 2ml → IM
VOLTAREN 2ml
2. DIAZEPAM 10 VO

Dr. Odilon Ferreira
13/06/2016
SAÚDE PARA TODOS

Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA APARECIDA CÂMARA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRA Profissão: AGRICULTORA, portador(a) do RG
403.717.347, órgão expedidor HEP/RN e do CPF: 284.286.168-09, residente
no(a) SÍTIO PESQUEIRO, nº SIN,
bairro: ZONA RURAL, município: FRUTUOSO GOMES / RN.

OUTORGADO:

Nome: RAUL LIMEIRA DE SOUSA NETO, brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: ADVOGADO, portador(a) do RG
2.231.100, órgão expedidor HEP/RN e do CPF: 061.637.194-25, residente
no(a) RUA RAUL LIMEIRA, nº 122,
bairro: CENTRO, município: FRUTUOSO GOMES / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

FRUTUOSO GOMES, 25.01.2018

Local e Data

X Maria Aparecida Câmara

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu MARIA APARECIDA CÂMARA, RG nº 003.717.347,
data de expedição 11/12/2016, Órgão HELRN, CPF nº 284.286.168-09,
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de
endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço
abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de
terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	SÍTIO PESQUETRO
Número	14
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	FRUTUOSO GOMES
Estado	RIO GRANDE DO NORTE
CEP	59.890-000
Telefone de Contato	(84) 9.9648-2048
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FRUTUOSO GOMES, 25.01.2018

Assinatura do Declarante: X Maria Aparecida Câmara



BOLETIM DE Ocorrência Nº 056.12.2017

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito.

LOCAL: Centro de Frutuoso Gomes/RN.

DATA E HORA DO FATO: 27.08.2017, por volta das 2h10.

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA CÂMARA.

VÍTIMA: MARIA APARECIDA CÂMARA, brasileira, natural de Frutuoso Gomes/RN, agricultora, nascida aos 01.03.1978, RG nº 003.717.347-SSP/RN, filha de Antonio Alexandrino Sobrinho e Luzinete Bezerra da Silva, residente no Sítio pesqueiro, zona rural de Frutuoso Gomes/RN, escolarizada, **telefone contato nº (84) 99648-2048.**

ACUSADO: FRANCINALDO GONÇALVES BEZERRA, brasileiro, natural de Frutuoso Gomes/RN, nascido aos 08.08.1991, agricultor, RG nº 3170590-SSP/RN, filho de Geraldo Gonçalves e Francisca Bezerra de Andrade, residente no Sítio Mombaça de Cima, zona rural de Frutuoso Gomes/RN, escolarizado, telefone de contato (84) 99858-1779,

HISTÓRICO: O(A) Comunicante declarou que no dia, hora e local acima citados, pegou uma carona com seu amigo **FRANCINALDO GONÇALVES BEZERRA**, o qual estava pilotando a motocicleta tipo **HONDA POP 110i, cor vermelha, placa: QFP-8334/PB, ano/modelo: 2017/2017, chassi nº 9c2jb0100hr252136, renavan nº 0112243751-7, licenciada em nome de EMANUEL RAMALHO DANTAS**, quando, pelas ruas desta cidade, **Francinaldo** perdeu o controle do veículo e colidiu em um veículo tipo **D-20**, que estava estacionado próximo ao prédio de "**Cambado**", centro desta cidade; **QUE** devido ao acidente a declarante teve várias escoriações pelo corpo e quebrou o joelho esquerdo; **QUE** seu primeiro atendimento médico foi nesta cidade de Frutuoso Gomes/RN; **QUE** sabe que **Francinaldo** não tem a devida permissão para conduzir veículos automotores. O(A) Comunicante se responsabiliza criminalmente pelo teor de suas declarações.

Testemunha(s):

Nome:

Endereço:

Providências Adotadas: Registro da Ocorrência e expedição B.O.

FRUTUOSO GOMES/RN, 14 DE DEZEMBRO DE 2017.

Maria Aparecida Câmara
ASSINATURA DO COMUNICANTE

ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA
Escrivão "Ad-Hoc"
Matrícula nº 163.633-2.

CÓPIA COLORIDA



Prefeitura Municipal de Frutuoso Gomes
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Maternidade Severina Carlos de Andrade

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME	MARIA APARECIDA ZANARA		IDADE	39	
END.	S. PESQUEIRO		BAIRRO		
CIDADE	F. GOMES		EST. CIVIL	Solteira	
			R.G.	003717347	
HORA	02:35		F. Gomes	27 / 08 / 17	
HISTÓRIA	Pac. deu entrada no serviço, vítima de acidente automobilístico (Hapi). Apresentando dor e edema no Joelho				
EXAME FÍSICO	consciente e orientada				
T.A.	X		MMHG.	PULSO	BPM. TEMP.: °C
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	FRATURA EPIFISE PROXIMAL TIBIAL (foto torcional @)				
CONDUTA	- ANALGESIA - IMOBILIZAÇÃO - RX - TRANSFERÊNCIA		AUTENTICAÇÃO Autentico a presente cópia, reprodução do original que me foi exibido, do que dou fé. Frutuoso Gomes/RN 21/12/2017 Viviane Holanda da Costa Escritor Substituta		
() RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA () ÓBITO					
TRANSFERIDO PARA: HRTM					
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:					
DATA 27 / 08 / 17 ÀS 2:35 hs					
Dr. Thiago Jesus MÉDICO DE EMERGÊNCIA			RESPONSÁVEL		

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA APARECIDA CÂMARA, portador da
carteira de identidade nº 003.717.347 e inscrito no CPF/MF sob o nº
284.286.368-09 residente e domiciliado na
SÍTIO PESQUEIRO Cidade
FRUTUOSO GOMES, Estado RIO GRANDE DO NORTE, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza
Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do
art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Aparecida Câmara
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FRUTUOSO GOMES, 25.01.2018
Local e data



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA APARECIDA CAMARAPORTADOR(A) DO RG Nº 003.317.397EXPEDIDO POR HEP/RNEM 11/12/2016CPF 084286168-09 CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO ACRILICAE RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA APARECIDA CAMARA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5894 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3661-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS UNIAESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

FRUTUOSO GOMES, 25 de JANEIRO

de 2018

LOCAL E DATA

MARIA APARECIDA CAMARA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0321204.

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de trânsito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a perícia médica para confirmar minha seqüela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

*Marceli Aparecida Câmara



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Almino Afonso
Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

Processo: 0800196-93.2018.8.20.5135

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: MARIA APARECIDA CAMARA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

1. Recebo a inicial e defiro o pedido de gratuidade de justiça.

2. Com o advento do Novo Código de Processo Civil, a audiência de conciliação/mediação passou a constituir regra em todos os processos, ressalvadas pontuais exceções (CPC, art. 334, §4º). Essa mudança se coaduna com o espírito não litigioso do novo diploma processual, que dá ênfase à solução pacífica do processo como o melhor caminho para ambas as partes, sem contar na busca pela rápida solução do problema, máxima do princípio constitucional da celeridade processual (CF, art. 5º, LXXVIII).

3. A par das exceções legais, existem casos em que a audiência de conciliação se mostra completamente inútil antes da realização de perícia, eis que o objeto da lide vem a ser delimitado somente após a produção dessa prova. Ou seja, as partes não possuem conhecimento da abrangência do objeto, dificultando e até mesmo impossibilitando a realização de acordo nesse primeiro momento.

4. Diante desse contexto, a melhor solução é postergar a audiência conciliatória, evitando o trabalho inútil do Juízo. Inclusive, esse posicionamento, antes de contrário ao princípio da celeridade processual, vem ao seu encontro, tendo em vista que as partes e o Juízo somente serão chamados para uma conciliação quando a causa se apresentar mais madura e em momento apto a permitir a conciliação/mediação.

5. Sendo assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

6. **Cite-se** a parte ré para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos deduzidos na inicial.

7. Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar manifestação, caso queira, acerca da contestação, inclusive sobre as provas relacionadas a eventuais questões incidentais.

8. Verificada a necessidade de perícia médica, nomeio o Sr. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO, Médico Ortopedista, inscrito no CRM/RN n. 5.429, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio n. 001/2013, firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, devendo o profissional cumprir escrupulosamente o encargo, nos termos do disposto no art. 466 do Código de Processo Civil.

9. Formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2 - As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3 - Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4 - Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6 - Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7 - A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8 - Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9 - A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10 - No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa, média, leve ou residual (mais leve)?

10. **Intime-se** o perito para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

11. **Intimem-se** as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este Juízo.

12. Após apresentado o laudo, **intimem-se** as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, se pronunciarem sobre o referido documento. Na mesma oportunidade, intime-se a parte ré para, também no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondente aos honorários periciais.

13. Realizado o depósito dos honorários periciais, expeça-se alvará para levantamento.

14. Em seguida, designe-se audiência de conciliação a ser realizada por um dos conciliadores deste Juízo.

15. Finalmente, não havendo acordo, intimem-se as partes para informarem, no prazo de 10 (dez) dias, se pretendem produzir outras provas. Salientando-se que o silêncio importará no julgamento antecipado do mérito.

P. I. C.

ALMINO AFONSO/RN, data do sistema.

LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO

Juíza de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei n. 11.419/06)