



Número: **0820693-21.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **01/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito,**

Seguro obrigatório - DPVAT

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34389 046	01/11/2018 12:07	<u>MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS</u>	Outros documentos
34390 646	01/11/2018 18:16	<u>Despacho</u>	Despacho
35542 215	14/12/2018 16:15	<u>Petição</u>	Petição
35542 297	14/12/2018 16:15	<u>Juntada de procedimento administrativo</u>	Outros documentos
35542 306	14/12/2018 16:15	<u>MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS</u>	Outros documentos
38562 028	04/02/2019 09:47	<u>Despacho</u>	Despacho

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: 



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
-------------------------	---------------	------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, ____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 – “Assinatura do Representante Legal”).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 “Assinatura do Beneficiário”) e seu Representante Legal (campo 2 “Assinatura do Representante legal”).

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email		CEP
		Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____, de _____ de _____
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018070000211

1.2 Data de Expedição: 16/02/2018 11:43:53

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 22/12/2017 23:52:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: XXXXX
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.7 Logradouro: AV. JERONIMO DIX-NEUF ROSADO - CONHECIDO COMO AV.

LESTE OESTE

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MANOEL CUSTODIO DOS SANTOS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIZA DE OLIVEIRA SANTOS

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 07819341416

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 28/04/1983

3.13 Profissão: AUX ADMINISTRATIVO

3.14 RG: 003787843 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 999316177

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1029

3.18 Naturalidade: ARAPIRACA AL

3.19 Bairro: PAREDÕES

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA VENCESLAU BRAZ

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP: 59621140

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam: 01086604161

7.1.5 Placa: QGH8469

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: I /BASHAN

7.1.8 Modelo: JONNY HIPE 50

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.10 Ano de Fabricação: 2013

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.11 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, PARA NOTICIAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADO, SE ENCONTRAVA PILOTANDO O SEU CICLOMOTOR ACIMA MENCIONADO, QUANDO AO PASSAR NUMA PEQUENA LOMBADA - QUEBRADA, VEIO A PERDER O CONTROLE DO REFERIDO CICLOMOTOR, VINDO A CAIR SOFRENDO LESÕES CONFORME CONSTA NO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO N°. 2.624.152 DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA. DISSE AINDA A DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDA PELO O SAMU. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

CONFECÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 16/02/2018 11:43:53

Atendimento: 1943790 - GLEIBERT RIBEIRO SANTOS DA SILVA

Impresso por: 1943790 - GLEIBERT RIBEIRO SANTOS DA SILVA em 16/02/2018 11:43:58

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 027

Mossoró 17 de Janeiro de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **DIEGO MENDONÇA SANTOS , 25 anos,**

RG: 002.559.410 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 22

Nome do Paciente: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS, 35 anos.

Data: 22/12/2017

Local da ocorrência: Av.: Leste Oeste.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 03.

Hora do Chamado: 23h 52min.

Natureza da Ocorrência: Queda de moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvana do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik
Clínico Geral / Cardiologia
CRM - RN

Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
SETOR DE ULTRA-SONOGRAFIA**

PACIENTE: Micheline de Oliveira Santos

DATA: 23.12.2017

MÉDICO SOLICITANTE: Dra. Elizabeth

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL.

Fígado de dimensões normais e parênquima homogêneo. Ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.

As veias hepáticas e porta têm calibres normais.

*Vesícula biliar normodistendida, com paredes finas, conteúdo anecóico.
Hepatocoléodo tem calibre normal.*

Pâncreas sem alteração ecográfica.

Baço tem dimensões habituais, ecotextura homogênea.

Rins de topografia, contornos, forma e dimensões normais.

Espessura e ecogenicidade do parênquima renal preservadas.

Relação cístico-medular mantida.

Ausência de cálculos, cistos, nódulos ou hidronefrose.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.

Bexiga vazia durante exame.

CONCLUSÃO:

Órgãos e estruturas abdominais avaliados sem alterações ecográficas.

Bexiga vazia durante exame


Sonály Bermizi Vasconcelos
CRM 5037

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: 23/12/17

Hora: 00:40

Solicito Memotônico e neostamina

Solicito USG Abdominal

Solicito Ralo-x de jorbo esquerdo. Ao perfil

Pronto de CBMF

2018/12/20
2018/12/20
2018/12/20
2018/12/20
2018/12/20
2018/12/20

CBMF: Paciente vítima de queda de moto, consciente, orientada, SINAL DE INGESTÃO DE ÁLCOOL, RELATA QUE CAPALHO SAIU NA CABEÇA QUANDO SOFREU ACIDENTE. FCI EM REGIÃO DE MENTO. SUGESTÃO REALIZADA, ENLAMINHADA PARA A TOMOGRAFIA PARA FECHAR DIAGNÓSTICO. SEM SÍNDROME SUGESTIVA DE FRATURA EM FACE AO EXAME CLÍNICO E DE IMAGEM.

ALTA DA CBMF

11:00h

Dr. Kamilo Agostini
Cirurgião-Bucoraxiorácia
CRM-RN 3179

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Plastina no joelho, mao esquerda intervento direito			
	Elizabeth L. Carrilho Cirurgia Geral Cirurgia Vascular			
()	Observevac CRM 3916			
13/12/17 10:00h	1000 mL IV 24h			
56 0,9% SEC mL IV 24h				
CETACETINA 1g + ABD IV 6/6h				
Dexa METAZOPRIMA 0,4 mg + ABD IV 12/18h				
DIPRANAS DOL + ABD IV 6/6h				
SAT 5.000 UI IM				

Kamilo Agostini
Cirurgião-Bucoraxiorácia
CRM-RN 3179

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFÍNI(T)O(S)

II - Traço pla C. Brad 010:00h 13/12/17.
Paciente em apreço, USG e exames
ID: Alvaro C. n. Brad

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

95.

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome:	Micheleine de Oliveira Santos	D. N.	380483	Idade:	35
Profissão:		Cartão SUS n°			
Endereço:	Rua: (S/Nº) Venâncio Braga 1023	Bairro:	Ribeira		
Cidade:	Natal	U.F.	RN	Fone:	
Filiação:	Mãe:	Pai:			

Data: 23/04/2017 Hora: 00:20 A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente de metrô, bateu na sombra com protocolo. Negou perda de consciência, vômito. Paciente desacordada. Estava com capacete, mas não no momento da queda.

2 - EXAME FÍSICO

A = Vias aéreas patológicas, sem laringite

B = MV + bilateral

C = PA: 120x70 ; SD: 94; FC: 86 bpm

D = Glasgow 15 Pupilas isocílicas

E - lesão de continuidade na região mentoniana, ferimento aberto na orelha esquerda. Lesão contundente na 2^a quadradilho da mão esquerda

Abdome - Flexível e indolor à palpação pupilar e profunda. Pele estéril e limpa na testa, abdômen

09/02/2018
09/02/2018
PNT: 69.328-6
M.A.T.

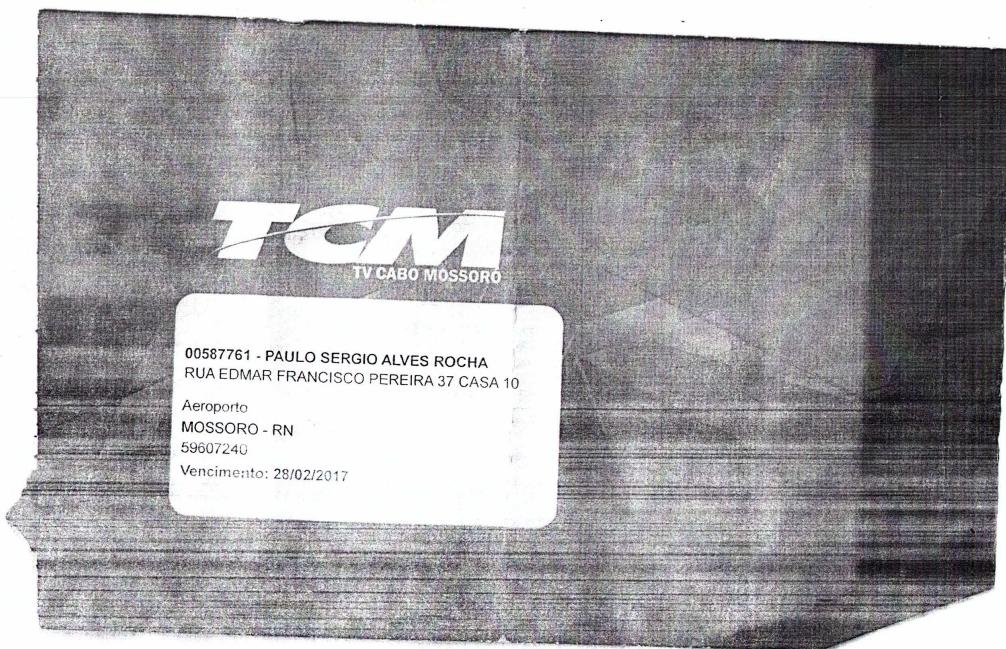
3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Lesão contundente na mente.

Embolia com perda de substância na orelha esquerda

Embolia com perda de substância na 2^a quadradilho esquerda

Embolia na região do cotovelo direito.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Michellyne de Oliveira Santos

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: Auditoria Identidade: 003.787.843

Endereço: Rua Vilenciano Braga 1029, Paredes

PROCURADOR:

Nome: Paulo Sergio Alves Rolo

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: Auditoria Identidade: 001.362.929

CPF: 277.255.104-68

Endereço: Rua Vilenciano Braga 1029, Paredes

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações, bem como, levantar valores decorrente da indenização do Seguro DPVAT, junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal ou Bradesco ou qualquer outra agência credenciada, podendo ainda assinar, dar e receber quitação, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

ASSÚ,RN 14/06/2018
Local e data

Michellyne de Oliveira Santos
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
SETOR DE ULTRA-SONOGRAFIA**

PACIENTE: Micheline de Oliveira Santos

DATA: 23.12.2017

MÉDICO SOLICITANTE: Dra. Elizabeth

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL.

*Fígado de dimensões normais e parênquima homogêneo. Ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.
As veias hepáticas e porta têm calibres normais.*

*Vesícula biliar normodistendida, com paredes finas, conteúdo anecóico.
Hepatocoléodo tem calibre normal.*

Pâncreas sem alteração ecográfica.

Baço tem dimensões habituais, ecotextura homogênea.

*Rins de topografia, contornos, forma e dimensões normais.
Espessura e ecogenicidade do parênquima renal preservadas.
Relação côrtico-medular mantida.
Ausência de cálculos, cistos, nódulos ou hidronefrose.*

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.

Bexiga vazia durante exame.

CONCLUSÃO:

Órgãos e estruturas abdominais avaliados sem alterações ecográficas.

Bexiga vazia durante exame

Sonály Bernizi Vasconcelos
Sonály Bernizi Vasconcelos
CRM 5037

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: 23/12/17

Hora: 00:40

Solicite Hematócrito e hemoglobina

Solicite USG abdominal

Solicite Ralo-x de fôrma expedita. Ao perfil

Prescrição de GMF

2017-12-23
10:00 AM
CRM 3179
Dr. Kamilio Agostini
Cirurgião-Dentista
CRO-RN 3179

CBMF: Paciente vítima de queda de moto, consciente, oblitáraja, SINAL DE INCUNHOS DE ALCOOL, RELATA QUE CAPACETE SAIU DA CABEÇA QUANDO SOFRER ACIDENTE. FCI EM REGIÃO DE MENTO, SÍGUMA REALIZADA, EXALAMINHADA PARA A TROMBOGRAFI PARA FECHAR DIAGNÓSTICO, SEM SÍNDR. EVOLUÍDO DE FRACTURA EM FALTADO EXAME CLÍNICO E DE IMAGEM.

ALTA DA CBFM

11:00h

Dr. Kamilio Agostini
Cirurgião-Dentista
CRM 3179

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	INFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	0) Pluritílio no joelho, mão esquerda rotulário aberto			
	Elizabeth L. Capillo Cirurgião-Dentista CRM 3916			
()	SFD 7% 1000 mL IV 24h			
	SL 0,5% 500 mL IV 24h			
	Cefazolina 1g + 990 mL IV 6/6h			
	Dexametasona 0,1mg + ABP IV 18h			
	Dipirona 500 + ABP IV 6/6h			
	ISAT 5.000 UI IM			

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

E - Trauma da l. braçal e l. do abd o 12:00h 13/12
Pac. com queixa, USG em atraso
CD: Fractura C. l. Braçal

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

Dr. Kamilio Agostini
Cirurgião-Dentista
CRM 3179

ef.

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome:	Matheus de Oliveira Santos	D.N.	380483	Idade:	05
Profissão:		Cartão SUS n°			
Endereço:	Rua (Santo) Venzelino BNPZ 1023	Bairro:	Ribeirão	U.F.	RJ
Cidade:	Mossoró	Fone:			
Filiação:	Mãe:	Pal:			

Data: 23/04/2017 Hora: 00:20 A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente de moto, traga pelo Samu com protocolo. Negava perda de consciência, vômito. Paciente intubada. Estava com cianose, umas 40 min no momento da queda.

2 - EXAME FÍSICO

A = Olhos vítreos, pupilas sem miosis.

B = MV + bilateral

C = PA: 120x70; Sd: 94; FC: 86 bpm

D = Glasgow 15 Pupilas irregulares

E = dor de continuidade no nível montânia, dor abdominal em joelho esquerdo. Dor intensa no 2º quadrante do lado esquerdo.

Náusea = Flácida e indolor à palpação periparafuncional e profunda. Pele estéril e com pressão extensora.

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

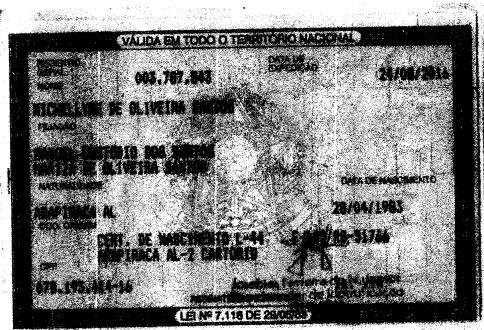
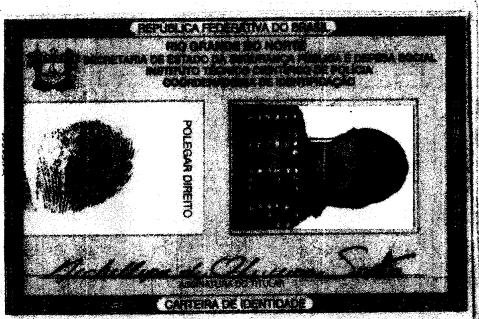
História contínua no momento.

Exames com dor de palpitação no joelho esquerdo.

Exames com dor de sustentação no 2º quadrante esquerdo.

Exames na região do estômago direito.

		www.pagfacil.com.br	
EDIFÍCIO DE ATENDIMENTO ANDE DO NORTE CEP 59010-000 D055,4263 A) 3232-4562			
ESGOTO E SERVIÇOS MATRÍCULA: 7936004 MES / ANO: 09/2017			
DADOS DO CLIENTE ANTONIO JERONIMO DE QUEIROZ NETO RUA VENCESLAU BRAZ, N 1029 - CASA-3 - PAREDOES MOSSORO RN 59621-140			
INSCRIÇÃO 301.002.015.0081.000	ROTA 1	SEQ.ROTA 2147	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL: COMERCIAL: INDUSTRIAL: PÚBLICO:
HIDROMETRO 7165309758	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	
CONSUMO ÁGUA (M ³): 1		DATA LEITURA: 24/08/2017 LEIT. ATUAL: 35 LEIT. ANT.: 34 DIAS CONSUMO: 31	
HISTÓRICO DE CONSUMO REF CONSUMO REF CONSUMO REF CONSUMO MÉDIA 08/2017 2 06/2017 2 04/2017 4 3 07/2017 3 05/2017 3 03/2017 4			
DESCRICAÇÃO AGUA RES ENTRE 50 E 100M ³ UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA 1 M ³ 38,32			
ESGOTO 35,0% DO VALOR DE ÁGUA 13,41 MULTA P/ IMPONTUALIDADE 08/2017 1,04 JUROS DE MORA 06/2017 0,53			
FATURAS EM ATRASO REF 201411 100,44			
TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO PIS 51,73 1,65 0,85 COFINS 51,73 7,6 3,93			
VENCIMENTO 09/09/2017	TOTAL A PAGAR		53,30
<small>ALTERADA E DIRIGIDA, SEMELHANTES AQUELES INDICADOS PELO SETOR DE REGISTRAÇÃO DE DOCUMENTOS</small>			



MINISTÉRIO DA PESOADA	
Receita Federal	
Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Nome	078193414-16
Nascimento	28/04/1983
Pode assinar com comprovante de identificação	



Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 027

Mossoró 17 de Janeiro de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **DIEGO MENDONÇA SANTOS**, 25 anos,
RG: 002.559.410 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 22

Nome do Paciente: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS, 35 anos.

Data: 22/12/2017

Local da ocorrência: Av.: Leste Oeste.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 03.

Hora do Chamado: 23h 52min.

Natureza da Ocorrência: Queda de moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dixon Fradik Medeiros de Lima". Above the signature, there is some smaller, less legible handwriting.

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samu.mosso@hotmail.com



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

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

Recuso informar

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

Endereço	Número	Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

_____, ____ de _____.
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

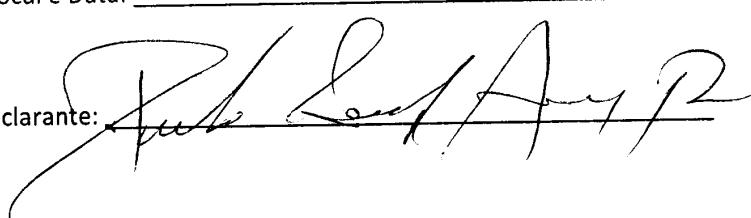
CPF nº _____, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

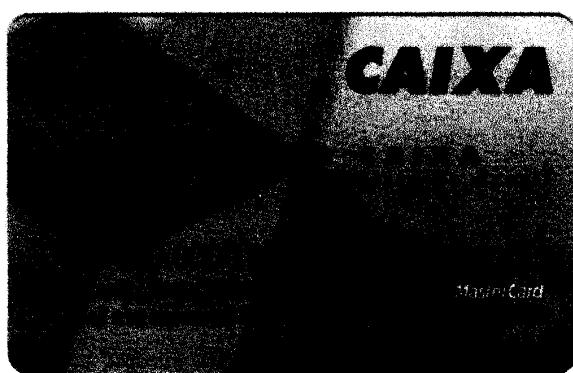
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante:



 www.pagfacil.com.br		São de nossa conta! Sua Conta!	
RECIBÔRIO DE ATENDIMENTO LARDO DO NORTE CEP 59015-000 D05.426-3 4) 3232-4582			
GOTO E SERVIÇOS MATRÍCULA: 7936001 MÊS/ANO: 09/2017			
DADOS DO CLIENTE			
ANTONIO JERONIMO DE QUEIROZ NETO RUA VENCESLAU BRAZ, N 1029 - CASA-3 - PAREDOES MOSSORO RN 59621-140			
INSCRIÇÃO: 301.002.055.0081.000 ROTA: 1 SEQROTA: 2147		QUANTIDADE DE ECONOMIAS: RESIDENCIAL: 1 COMERCIAL: 0 INDUSTRIAL: 0 PÚBLICO: 0	
HIDRÔMETRO: Y165305788		SITUAÇÃO ÁGUA: LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO: LIGADO	
CONSUMO ÁGUA (m ³): 1		DATA LEITURA: 24/08/2017 LEIT. ATUAL: 35 LEIT. ANT.: 34 DIAS CONSUMO: 31	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REF: 08/2017 CONSUMO: 2 REF: 06/2017 CONSUMO: 2 REF: 04/2017 CONSUMO: 4 MÉDIA: 3 REF: 07/2017 CONSUMO: 3 REF: 05/2017 CONSUMO: 3 REF: 03/2017 CONSUMO: 4			
DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)			
AGUA RES ENTRE 50 L 100M 1 UNIDADE(S) 1 m ³ 38,32			
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO 35,0% DO VALOR DE ÁGUA 13,41 MULTA P/ IMPONTUALIDADE 08/2017 1,04 JUROS DE MORA 06/2017 0,53			
FATURAS EM ATRASO REF: 201111 100,44			
TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO			
PIS: 51,73 1,65 0,85 COFINS: 51,73 7,6 3,93			
VENCIMENTO:		TOTAL A PAGAR:	
09/09/2017		53,30	
ALERTA: OBRIGATÓRIA CONSOLIDAR OS DADOS DE CONSUMO NO SISTEMA DE CONSOLIDAR OS DADOS DE CONSUMO NO SISTEMA			



▼ Dados do Veículo de placa QGH8469							Em 21/06/2018 09:45:50					
Placa QGH8469	Renavam 1086604161	Placa Anterior QGH8469/RN	Tipo 2-CICLOMOTOR	Categoria 1-Particular	Especie 1- Passageiro	Lugares 2						
Marca/Modelo 035223-I/BASHAN JONNY HYPE 50 (Importado)		Fabricação/Modelo 2013/2014	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 15- VERMELHA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL						
Nome do Proprietário MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS							Recadastrado DETRAN DetranNet					
Proprietário Anterior LEO MOTOS COMERCIO E SERVICOS LTDA							Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN					
Município de Emplacamento MOSSORÓ	Licenciado até 2017 em 04/07/2017, Licenciamento Anual no lote 010685, AR=RS056980873BR (CRLV emitido)(Via 1)					Adquirido em 23/11/2013	Situação Em Circulação					
Restrição à Venda Sem gravame							Carnê de Licenciamento 2018 Ainda não gerado					
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Nenhuma informação pendente até esta data												
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data												
▼ Listagem de Débitos												
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)		Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)							
Licenciamento Anual 2018		1367360.018.0-9	19/07/2018	90,00	90,00							
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2018		9.00096279761	09/07/2018	57,61	57,61							
				Total dos Débitos	R\$ 147,61	R\$ 147,61						
Taxas Detran 90,00	Seguro DPVAT 57,61	IPVA 0,00		Multas 0,00								
▼ Infrações em Autuação Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.												
▼ Listagem de Multas Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.												
▼ Último Processo												
Processo 41024701/2016	Interessado 05141283488	Início em 19/05/2016 às 08h54min										
Situação Encerrado		Final em 19/05/2016 às 12h33min										
Serviço		Execução em										
Primeiro Emplacamento		Em 19/05/2016 às 08h54min por 02505254451										
Geração de guia de pagamento		Em 19/05/2016 às 08h54min por 02505254451										
Auditória		Em 19/05/2016 às 12h33min por 29699835400										
Emissão CRV(1ª via)		Em 19/05/2016 às 12h42min por 08240375456										
▼ Recurso de Infração Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.												
► Histórico de Impedimentos Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.												

***Não Possui valor como
NADA CONSTA !***

[Voltar](#)



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DA LIBERDADE RN
DATA: 18/06/2018 HORA: 15:59:45
TERMINAL: 23801008 CONTROLE: 238010080654

AGÊNCIA: 0645 - LAGARTO
CONTA: 013.00008790-3
CLIENTE: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DATA	VALOR
01/06	0,92
02/06	100,37

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
02/06	100,37

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR 100,92C			
Junho			
01/06	000000	REM BASICA	0,00C
02/06	000000	REM BASICA	0,00C
02/06	000000	CRED JUROS	0,37C

RESUMO EM 15/06

SALDO	101,29C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	101,29C
SALDO TOTAL	101,29C

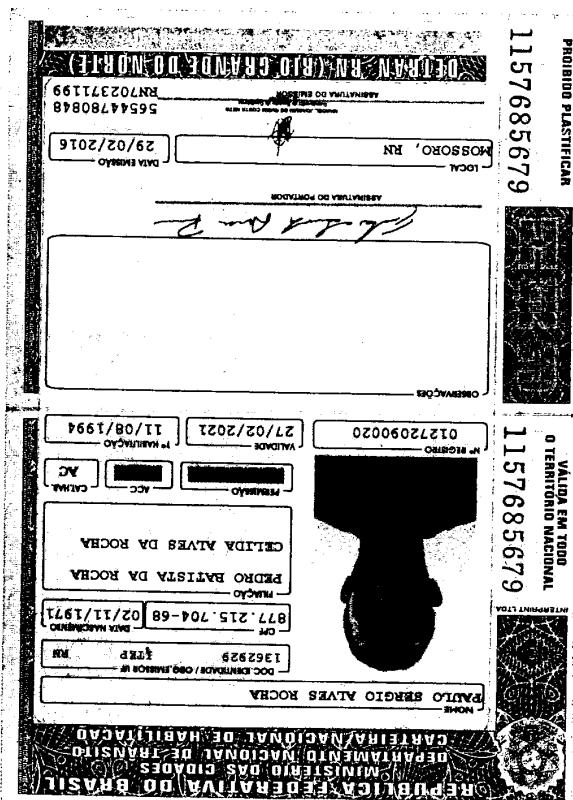
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

PROCESSO: 0820693-21.2018.8.20.5106

AUTOR: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

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

DESPACHO

Defiro a gratuidade judiciária em face da declaração e da presunção legal de hipossuficiência.

Em observância aos artigos 319 e 320 do CPC, intime-se a parte autora, sob pena de indeferimento da petição inicial, para no prazo de 15 (quinze) dias, emendar/complementar a inicial, indicando:

Comprovante de requerimento administrativo, em que conste o número do sinistro.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Mossoró,RN, 1 de novembro de 2018

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito

Petição em anexo.

MOSSORÓ. & ADVOGADOS ASSOCIADOS
RUA ANTÔNIO VIEIRA DE SÁ, 986
AEROPORTO – MOSSORÓ/RN

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 6^a VARA
CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ – ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE.**

PROCESSO: 0820693-21.2018.8.20.5106
AUTORA: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS, já devidamente qualificada nos presentes autos, por intermédio de sua bastante procuradora que esta subscreve, podendo ser intimado (a) no endereço que consta no preâmbulo da exordial, vem perante Vossa Excelência, em resposta ao despacho retro exarado, apresentar cópia do procedimento administrativo, razão pela qual requer o prosseguimento do feito.

Nestes termos,

Espera e espera deferimento.

Mossoró-RN, em 14 de Dezembro de 2018.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento

OAB/RN 7.469



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180364917
Vitima: MICHELLYNE DE OLIVEIRA SANTOS
Data do Acidente: 22/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador PAULO SERGIO ALVES ROCHA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180364917**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01375/01376 - carta_04 - INVALIDEZ



00050688

Carta nº 13276652



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0820693-21.2018.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 30 de janeiro de 2019.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito