



Número: **0824331-57.2016.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **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
<b>FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)</b>
<b>Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (REU)</b>		<b>ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)</b>
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
72061 466	16/08/2021 08:25	<a href="#"><u>Petição</u></a>
72061 470	16/08/2021 08:25	<a href="#"><u>2599569_JUNTADA_DE_DOCS_01</u></a>
72061 472	16/08/2021 08:25	<a href="#"><u>2599569_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02</u></a>

Juntada de petição.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2021 08:25:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081608253707800000068764809>  
Número do documento: 21081608253707800000068764809

Num. 72061466 - Pág. 1



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

Processo n.º 08243315720168205001

**PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**, 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 DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do inclusivo processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

NATAL, 11 de agosto de 2021.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2021 08:25:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081608253792400000068764813>  
Número do documento: 21081608253792400000068764813

Num. 72061470 - Pág. 1

# 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: 20/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000062670-5

---

Nr. da Autenticação E961C0A4E31B6FFF



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2021 08:25:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081608253809600000068764815>  
Número do documento: 21081608253809600000068764815

Num. 72061472 - Pág. 1



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: 1<sup>ª</sup> DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM  
 Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2015023002587 1.2 Data/Hora de Expedição: 27/04/2015 09:19:40  
 1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 13/04/2015 05:40:00 2.2 Autoria: Conhecida  
 2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
 2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: BR226, PRÓXIMO AO POSTO 30 DE SETEMBRO  
 2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP:  
 2.8 Número: SN 2.11 Ponto de Referência:  
 2.10 Complemento: 2.13 Cidade: PARNAMIRIM  
 2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: DEMAIR JUSTINO DA SILVA 3.2 Estado civil: Casado(a)  
 3.3 Etnia: Branca 3.4 Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS F DA SILVA  
 3.5 Mãe: JOSEFA ROSILEIDE JUSTINO G DA SILVA 3.6 Data de Nascimento: 14/11/1988  
 3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 2620052 - Itep/RN  
 3.9 CPF: 3.10 Passaporte:  
 3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: JAPI RN  
 3.13 Profissão: MECÂNICO 3.14 E-Mail:  
 3.15 Telefone(s): 84 87450905 3.16 Logradouro: RUA ANTONIO MAURICIO DE MACEDO  
 3.17 Número: 84 3.18 CEP:  
 3.19 Bairro: CENTRO 3.20 Cidade: BOM JESUS  
 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA 4.1.2 Estado civil: Casado(a)  
 4.1.3 Etnia: Branca 4.1.4 Pai: JOSE FERNANDES DA SILVA  
 4.1.5 Mãe: MARIA CICERA CONFESSOR 4.1.6 Data de Nascimento: 16/09/1965  
 4.1.7 Sexo: MASCULINO 4.1.8 RG: 946018  
 4.1.9 CPF: 413.476.414-91 4.1.10 Profissão: PORTEIRO  
 4.1.11 Nacionalidade: 4.1.12 Passaporte:  
 4.1.13 Logradouro: RUA GERALDO NUNES DA SILVA 4.1.14 E-Mail:  
 4.1.15 Número: 145 4.1.16 CEP:  
 4.1.17 Bairro: CENTRO 4.1.18 Cidade: BOM JESUS  
 4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)****6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)****7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:  
 7.1.3 Chassi: 7.1.4 Renavam: 004629922  
 7.1.5 Placa: NNU4394 7.1.6 Estado:  
 7.1.7 Marca: 7.1.8 Modelo: HONDA  
 7.1.9 Ano do Modelo: 0 7.1.10 Ano de Fabricação: 2012  
 7.1.11 Cor do veículo: ROXA 7.1.12 Tipo do veículo:  
 7.1.13 Nota Fiscal:  
 7.1.14 Número do Motor:  
 7.1.15 Nome do proprietário:  
 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
 7.1.17 Nome do condutor: VITIMA  
 7.1.18 Observações: VITIMA DEVIDAMENTE HABILITADO

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
05 MAI 2015  
ARAUNA SEGUROS S/A

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA****9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

DECLARA QUE A VITIMA PILOTAVA A CITADA MOTO QUANDO AO FAZER UMA ULTRAPASSAGEM UM VEÍCULO SAIU DE UMA RUA LATERAL ULTRAPASSANDO A FAIXA AMARELA. DECLARA QUE O VEÍCULO QUE ESTAVA EM SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE E A VITIMA NÃO TEVE TEMPO DE FREAR E COLIDIU NA TRASEIRA DO GOL. DECLARA QUE O VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL, DECLARA QUE SE DESLOCOU PARA SUA RESIDENCIA, DECLARA QUE FICOU COM MUITAS DORES E FOI ATÉ AO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA CONDUZIDO POR SEU CHEFE, POIS FRATRUOU O OMBRO ESQUERDO CONFORME LAUDO MEDICO, E NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP****10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)****11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 27/04/2015 09:19:40

J2015023002587 - 54f104f55831194bdb4410095f171c40

Página 1 de 2



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150398821      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA      **Data do acidente:** 13/04/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA RI E ABDUÇÃO, NV  
**médico pericial:** PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR A ESQUERDA, DIFICULDADE PARA LEVAR A MAO A BOCA A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA, FAZENDO FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** INVALIDEZ ANATOMICO FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/08/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

### 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO DAS CHAVES FERNANDES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 000-946-018 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.476.414-91, residente e domiciliado na RUA: BERALDO JUNES DA SILVA 145, Cidade Bom Jesus, Estado RN, 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.

\* Francisco das Chaves F. da Silva  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

07



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150398821      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DAS CHAGAS      **Data do acidente:** 13/04/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
FERNANDES DA SILVA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/08/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Fratura de úmero esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** Encaminhado à perícia médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

### 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
			Total	0 %

### PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





ATENÇÃO DT 75-0705  
ESTE É UM CASO DE ACIDENTE DO  
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
CEREST ESTADO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

ME: Francisco das Chagas Fernandes da Silva

ADE: 16.09.65 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

DOCUMENTO 3 T3%

TURALIDADE: Santa Cruz PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA:

DIRECO: Rua Geraldo Nunes 27 145 BAIRRO: Centro

DADE: Bom Jesus DATA: 13.04.2015 HORA: 04:36

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO  OUTROS

EGO ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

PILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

CORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

AP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

TÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relata que o desmaio ocorreu em troca de sono. Fogo desmaiado  
devido ao perda de consciência. Dúvida de  
dor no ombro esquerdo.

ME FÍSICO

A, B, C, D de trauma s/ alt.

E → lesões em mão dir

{ Dor + edema + limitação de movimento  
de ombro Esg

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS					PROTÓCOLO RECEBIDO TEMP. 06 MAIO 2015 JEM REGULADORA
RA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	

INÓSTICO INICIAL Politrauma

Frig + parox + urinaria

Prova do fato



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150398821      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA      **Data do acidente:** 13/04/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA RI E ABDUÇÃO, NV  
**médico pericial:** PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR A ESQUERDA, DIFICULDADE PARA LEVAR A MAO A BOCA A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA, FAZENDO FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** INVALIDEZ ANATOMICO FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/08/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

### 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





11.102000100 - Boleto de Pagamento

ATENÇÃO

NOTA FISCAL

CNPJ/CPF

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CHAGAS FERNANDES DA SILVA - RUA GERALDO NUNES DA SILVA 145

CENTRO/ÁREA URBANA  
BOM JESUS RN  
59270-000

INSCRIÇÃO CONTRIBUINTE	MESMO
0866813678	04/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO PARA LEITURA
17/04/2015	13/05/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	33,31

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
04.0000000	0,45010265	20,00
		4,51
Consumo Ativo(V/H)		
Achismo Bandeira VERMELHA		

**telô (84) 9945-6673**  
**(84) 9467-7292**

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
Nº DO RECONTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE
HSA214	CAT	120030215	13/03/00	11/04/2015	13/03/00	30
1º STÓRICO DE CONSUMO	TIPO DE CÁLCULO DE CONSUMO	COMPILAÇÃO DO CONSUMO				
MAR/14		BASE DE CALCULO	% %	VALOR DO REPORTO		
ABR/15	84	ICMS		Geração de Energia	14,75	44,20
MAR/15	73	PIS	33,31	Transmissão	0,00	0,00
FEV/15	88	COFINS	33,31	Desenvolvimento do Consumo	0,25	27,77
JAN/15	85		33,31	Energia Residual	1,28	3,87
DEZ/14	86			Trabalho	7,34	22,04
NOV/14	84			Total	33,31	100
OUT/14	83					
SET/14	88					
AGO/14	85					
Jul/14	85					
Jun/14	84					
Mai/14	74					
ABR/14	73					
4E43,130E 6EF0 B00E,1CB3 B0CF,5C6B BE38						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente seu vencimento. No caso de fatura e bimestral é em vigor à Vencimento. Mais informações: anexo ao ato de aprovação da Tarifa Social. Recomenda-se que o consumidor entre em contato com a sua concessionária para receber mais informações. O consumo é calculado quando há vistoria no fornecedor individual ou na chama exercida de fornecimento. O cliente é responsável quando há desacordoamento do preço definido para os pacotes de abastecimento concedido.

PROTÓCOLO RECEBIDO  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				níveis de Tensão	
CONSUMO	VALOR	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NORMAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
00%	0,00	0,70	11,00	220	201 231
00%	0,00	0,70	0,72		
00%	0,00	0,00	0,00		
União: R\$0,1222 - BDU - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 11,00					



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2015

Carta n°: 6903294

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3150398821  
Vitima: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA  
Data Acidente: 13/04/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 06/05/2015 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 13/04/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**ATENÇÃO**

**EVITE COLETAR LIXO NA ÁREA DE CONSUMO**

**CHAGAS FERNANDES DA SILVA - RUA GERALDO NUNES DA SILVA 145**

CPF: 413 478 414-91

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

INFORMAÇÕES FISCAIS	PERÍODO	PERÍODO
00000000	ÚNICA	11/04/2015
APRESENTAÇÃO:	PF DO CLIENTE / P. DA INSTALAÇÃO	
11/04/2015	3000005507	88792

**DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL**

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
04.0000000	0,45010265	20,00
		4,51

**TOTAL DA FATURA** 33,31

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

NP DO RECONTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ABESTE	CONSUMO (kWh)
MSA214	CAT	120000015	13/03/00	11/04/2015	13/03/00	30	1,00000		84,00

**STÍMULO DE CONSUMO**

MESMO ANO	BASE DE CALCULO	% %	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
ABR15	ICMS	33,31	17,00	Geração de Energia: 14,75 44,29
MAR15	PIS	33,31	5,00	Transmissão: 0,00 2,04
FEV15	COFINS	33,31	0,00	Distribuição do Consumo: 0,25 27,77
JAN15				Energia Residual: 1,28 3,87
DEZ14				Trabalho: 7,34 22,04
NOV14				Total: 77,57 199
OUT14				
SET14				
AGO14				
ALG14				
JUN14				
MAR14				
ABR14				

4E43,130E 6EF0 B00E,1CB3 B0CF,5C6B BE38

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O pagamento desta Nota Fiscal Fatura deve ser feito somente seu vencimento. No caso de fatura e bimestre em vigor à Venezuela. Mais informações: anexo ao ato por Dr. Sua cortesia o diretor da Agência de Serviços Sociais, Recursos Hídricos e Minérios para melhorias na sua casa, no seu trabalho e na sua comunidade. O ato é publicado no Diário Oficial da União, no dia 12/05/2014 (DOU), no próximo mês. O cliente é responsável quando há variação no contributo individual ou no valor estabelecido na fatura fornecida. O cliente é responsável quando há desacordoamento do preço definido para os serviços de abastecimento concedido.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

CONSUMO	VALOR	LIMITE MÉDIO	LIMITE TERRITORIAL	LIMITE ANUAL
000	0,00	0,70	11,00	23,10
000	0,00	0,70	0,70	13,45
000	0,00	0,70	0,00	0,00

União: 000 - 0,70 - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 11,00

**NÍVEIS DE TENSÃO**

TENSÃO MÉDIA (V)	LIMITES DE VARIACAO (%)
220	201 231

**PROTÓCOLO RECEBIDO**  
06 MAI 2015  
**JEM REGULADORA**

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2015

Carta nº: 7530401

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3150398821  
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA  
Data Acidente: 13/04/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2015

Carta nº: 7685664

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3150398821  
Vitima: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA  
Data Acidente: 13/04/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002044

Conta: 0000062670-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



8745-0905

**ATENÇÃO**

ESTE É UM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO

DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

TEM QUE NOTIFICAR:

CEREST ESTADUAL FONE/FAX: 8322-2800

HOSPITAL DE OCÉLIO M. LUCENA

PARNAMIRIM /RN

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

Nº

NOME: Francisco das Chagas Fernandes da SilvaIDADE: 16.09.65 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

DOCUMENTO 4 \*T40/0\*

NATURALIDADE: Santa Cruz PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA:ENDERECO: Rua Geraldo Nunes 27 145 BAIRRO: CentroCIDADE: Bom Jesus DATA: 13.04.2015 HORA: 07:36**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNÉIA CHOCADO COMATOSO C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS 

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM NÃO 

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relata que de súbito sentiu dor no ombro esquerdo em troca de cansaço desmanejo de sono. Dor + edema + limitação de movimento de ombro Esg

**EXAME FÍSICO**

A, B, C, D do trauma sim.

E → lesões visíveis em mao Dir

Dor + edema + limitação de movimento de ombro Esg

**PROTÓCOLLO RECEBIDO**  
 21 JUL 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS					21 JUL 2015
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	REGULADURA

**DIAGNÓSTICO INICIAL**PolitraumaFractura - luxação - contusão

04



**EXAMES COMPLEMENTARES**

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA**

① Aus de ortopedia

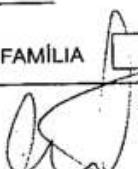
② solic Rx tornoze

Rx molar E  
PBDr. Correia Neto  
CRM 5696

 Manoel Correia Neto  
 CRM - 849  
 Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA _____ HS.		HORA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
 Manoel Correia Neto CRM - 849 Ortopedia-Traumatologia		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)
MÉDICO (Carimbo)		





## FICHA INDIVIDUAL DO PACIENTE

SUS: 708 7061 5527 9695

REG. SOCIAL 138391	N.º E DOCUMENTO APRESENTADO RG: 94.6019 J/TERRN CPF: 213 478 411 - 91	DATA DE ENTRADA 13/04/2015		CLÍNICA / LEITO			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME: <b>Fernando dos Chagas Fernandes da Silva</b>							
DATA DE NASCIMENTO 30/09/1965	NATURALIDADE: Santa Cruz / RN	ESTADO CIVIL: casado	PROFISSÃO: Porteiro				
OCUPAÇÃO ATUAL:							
ESCOLARIDADE	ANALFABETO <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. SÉRIE: _____ Compl. <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. SÉRIE: _____ Compl. <input checked="" type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/>	GRAU SUPERIOR	Compl. <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/>		
ENDERECO: Rua General Nunes 145 centro Bom Jesus / RN							
PONTO DE REFERÊNCIA:							
FILIAÇÃO	PAI: José Fernandes da Silva MÃE: Maria Cícera Coresor						
RESPONSÁVEL: _____							
ENDERECO: _____							
PONTO DE REFERÊNCIA E TELEFONE: 9935 - 9930 (Técnico em informática) 8745 - 0905 (física)							
SITUAÇÃO FAMILIAR	POSIÇÃO NA FAMÍLIA: <b>pai</b> GRUPO FAMILIAR: 5 N.º DE FILHOS 3 MENORES: - MAIORES: 3						
SITUAÇÃO HABITACIONAL							
FORMA DE OCUPAÇÃO	TIPO DE CONSTRUÇÃO	PROCEDÊNCIA DA ÁGUA	TRATAMENTO DA ÁGUA	ENERGIA ELÉTRICA	DESTINOS DOS DEJETOS		
<input checked="" type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> CEDIDA	<input type="checkbox"/> FINANCIADA <input type="checkbox"/> NÃO POSSUI	<input checked="" type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> TAIPA	<input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> PALHA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCANADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POÇO <input type="checkbox"/> CACIMBA	<input type="checkbox"/> FILTRADA <input checked="" type="checkbox"/> MINERAL <input type="checkbox"/> FERVIDA <input type="checkbox"/> SEM TRATAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> REDE DE ESGOTO
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA						21 JUL 2015	
RENDA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> FORMAL	<input type="checkbox"/> INFORMAL	<input type="checkbox"/> SEM RENDA FIXA	<input type="checkbox"/> ALTA FINANCEIRA DE FERREIRO			
	<input type="checkbox"/> ATÉ 1 SM	<input checked="" type="checkbox"/> 2 A 3 SM	<input type="checkbox"/> 4 A 5 SM	<input type="checkbox"/> 6 A 7 SM	<input type="checkbox"/> 8 A 10 SM	<input type="checkbox"/> 10 A 15 SM	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES						21 JUL 2015	
ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	NOME: _____			<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> REVESTIMENTO		
AUTORIZADO ALIMENTAÇÃO						21 JUL 2015	
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO: Dependente de moléstia clínica, sente dor no estômago e desidratação.					21 JUL 2015	
OBSERVAÇÃO: Paciente intrometido para este cirurgião sobre o seu tratamento com um amigo orientador sobre os normas do CRM						21 JUL 2015	
FLUXO DO PACIENTE						21 JUL 2015	
SETORES	TRANSFERÊNCIA / DATA	ALTA / DATA	RETORNO / DATA	ÓBITO / DATA			
	13/04/2015	Rose M. Bobalho	2015-06-15				
DATA:	ASSISTENTE SOCIAL CRESS / CARIMBO						



09

## RELATÓRIO MÉDICO

RELATO PARA FÍNS DE AVALIAÇÃO DO DPVAT, QUE FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA, RG Nº: 946.018, SSP-RN. SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) EM 13/04/2015, ONDE HOUVE TRAUMA NO BRAÇO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DO LADO ESQUERDO DO CORPO.

FOI SOCORRIDO PELO SENHOR FERNANDO TEIXEIRA PEIXOTO (CONHECIDO DA VÍTIMA) E LEVADO PARA O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO, ONDE NÃO FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO PARA O DEOCLÉCIO MARQUES, ONDE DEU ENTRADA COM SUSPEITA DE FRATURA NO ÚMERO ESQUERDO. FEZ O Rx, QUE CONFIRMOU A FRATURA NA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO. FEITO IMOILIZAÇÃO COM GESSO, MEDICADO E LIBERADO.

### EXAME FÍSICO:

APRESENTA DOR A MOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO BRAÇO ESQUERDO. PERDA DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO ESQUERDO.

### CONCLUSÃO:

INCAPACITADO PARA REALIZAR ATIVIDADES LABORATIVAS E HABITUais.

CID 10: T 92.1.

PARNAMIRIM, 28 / 05 / 2015.

Estácio R. Medeiros Costa  
CRM 4570  
663.469-320-20

Dr. Estácio Rubinstein de Medeiros Costa

CREMERN – 4570

MÉDICO

06



## RELATÓRIO MÉDICO

REFLATO PARA FIS DE AVALIAÇÃO DO DOUTOR FERNANDO GAS  
CHAGAS PERINAMDES DA SILVA, RG N°: 346078-229-RN, SORRIN  
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) EM 13\04\2012,  
ONDE HOUVE TRAUMA NO BRAÇO ESQUERDO E ESCORRIMENTO DA FAD  
ESTENDIDO DO CÔRPO.

FOI SOCORRIDO PELO SENHOR FERNANDO TEIXEIRA PEREIRA PEXOTO  
(CONHECIDO DA VITIMA) E LEVADO PARA O HOSPITAL CLÍNICO SARINDA  
ONDE NÃO FOI ATENDIDO E ENCAMPADO PARA O DEOCLECI  
MABUSCOS, ONDE DEU ENTREGA COM SUSPEITA DE FRATURA NO ÚMERO  
ESQUERDO FIZZ O RX DE CONFIRMANDO A FRATURA NA CABEÇA DO  
ÚMERO ESQUERDO, FIZZ IMUNIZAÇÃO COM GESSO, MEDICAMENTO E  
FRENISSO.

### SINTOMESE

APRESENTA DOOR A MIGRAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO BRAÇO  
ESQUERDO, PREDOMINANTEMENTE NO MÔNTO DE ARTICULAÇÃO  
DO OMÚRIO ESQUERDO E QÜIMICA DO HORCO DO MEMBRO  
ESQUERDO.

### ENUNCIADO

MIGRAÇÃO DOOR A MIGRAÇÃO ATIVA ALIMODAÇO LABORATÓRIAS E  
ANALISES

CD 304 T 201

PARANAMIRIM, 25\08\2012.

O: BEM-VINDO/RIMOS/AS MEDICO/S OS/AS

CHEMIST - 420

MÉDICO



**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**

Nome do(a) Examinado(a): Francisco das Chagas Fernandes da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Geraldo Zero da Silva, 145  
Bom Jesus Bom Jesus RN CEP: 59270-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 946018  
Data local do exame: [ 18/08/2015 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA - LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA RI E ABDUÇÃO, NV PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR A ESQUERDA, DIFICULDADE PARA LEVAR A MAO A BOCA A ESQUERDA.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim       Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA, FAZENDO FISIOTERAPIA.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim       Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**INVALIDEZ ANATOMICO FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) 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

*Urai de Oliveira*

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



DOCUMENTO 5 "T50"



Vítima

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA



09



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2021 08:25:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081608253809600000068764815>  
Número do documento: 21081608253809600000068764815

Num. 72061472 - Pág. 19

Dados do Veículo de placa NNU4394						Em 05/05/2015 17:22:29
Placa NNU4394	Renavam 462992233	Placa Anterior NNU4394/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Especie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 2824-HONDA/POP100 (Nacional)	Fabricação/Modelo 2012/2012	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 13-ROXA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL	Re cadastrado DETRAN DetranNet
Nome do Proprietário DEMAIR JUSTINO DA SILVA						Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN
Proprietário Anterior CIRNE COM E SERV DE MOTOS LTDA						Situação Em Circulação
Município de Emplacamento BOM JESUS	Licenciado até 2014 em 19/03/2014, Licenciamento Anual no lote 008592, AR=RD790163074BR (CRLV emitido)(Via 1)				Adquirido em 18/04/2012	Carnê de Licenciamento 2015 Gerado em 03/02/2015 às 01:49 hs.
Restrição à Venda Alienação Fiduciária em favor de BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.						
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\$)		
Seguro DPVAT (2a. Parcela) 2015	9.00068070474	11/05/2015	99,16	99,16		
Seguro DPVAT (3a. Parcela) 2015	9.00068070475	11/06/2015	99,16	99,16		
		Total dos Débitos	R\$ 198,32	R\$ 198,32		
▼ 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 20012914/2012	Interessado 00055991483	Início em 23/04/2012 às 12h31min				
Situação Encerrado		Final em 23/04/2012 às 13h10min				
Serviço		Execução em				
Primeiro Emplacamento		Em 23/04/2012 às 12h31min por 10772502404				
Alienação Fiduciária		Em 23/04/2012 às 12h31min por 10772502404				
Geração de guia de pagamento		Em 23/04/2012 às 12h31min por 10772502404				
Auditória		Em 23/04/2012 às 13h10min por 49078577487				
Emissão CRV(1ª via)		Em 23/04/2012 às 14h09min por 20069510415				
▼ Recurso de Infração Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.						

**Não Possui valor como  
NADA CONSTA !**



[Voltar](#)

05/05/2015 17:23



08

### JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Franca dos chagas fernandes silva, brasileira (a),  
portador do Rg n° 946.038 e CPF 418 476 414-91,  
residente e domiciliado (a) Rua Geraldo Nunes da Silva,  
Bairro Centro Município Bom Jesus, venho perante a  
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos  
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos ) e data de conclusão do tratamento.



Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espere que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Atenciosamente

Franca dos chagas f.silva

09





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 \*T1%

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, FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA, PORTADOR(A) DO RG N° 000.946.018, EXPEDIDO POR SSP/RN EM 28/01/1998

CPF 40035400934-90 CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Porteiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 78,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO DAS CHAGAS F. DA SILVA. 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou IDEA;
- 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 Económica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira de R\$ 100,00;
- 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](http://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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 62670-5

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.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

*Fernando das Chagas F. da Silva*  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

10

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/08/2021 08:25:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108160825380960000068764815>

Número do documento: 2108160825380960000068764815

