



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
FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA (AUTOR)			ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (REU)			ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72061466	16/08/2021 08:25	<a href="#">Petição</a>	Petição
72061470	16/08/2021 08:25	<a href="#">2599569_JUNTADA_DE_DOCS_01</a>	Petição
72061472	16/08/2021 08:25	<a href="#">2599569_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02</a>	Outros documentos

Juntada de petição.





**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 incluso 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)



# 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





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: 1ª 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 - SÍTIOS 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: MECANICO 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) VÍTIMA(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 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: 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: VÍTIMA  
7.1.18 Observações: VÍTIMA DEVIDAMENTE HABILITADO

## 8. DADOS DA OCORRÊNCIA

## 9. DOS FATOS

9.1 Histórico:  
DECLARA QUE A VÍTIMA 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 FREIOU BRUSCAMENTE E A VÍTIMA 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 RESIDÊNCIA, DECLARA QUE FICOU COM MUITAS DORES E FOI ATE AO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA CONDUZIDO POR SEU CHEFE, POIS FRATUROU 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 - 54f104f55831194bdc4410095f171c40

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 médico pericial:** 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.

**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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

### 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 CHAGAS FERNANDES DA SILVA portador da  
carteira de identidade nº 000.946.018 e inscrito no CPF/MF sob o nº  
118.476.414-91 residente e domiciliado na  
RUA: FERALDO NUNES 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 Chagas F. da Silva  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data



02



## PARECER DE ANÁLISE 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 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 %	R\$ 0,00

### 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  
ESTE É UM CASO DE ACIDENTE  
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
CEREST ESTADUAL DE PARNAMIRIM  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Francisco das Chagas Fernandes da Silva

IDADE: 16.09.65 COR: \_\_\_\_\_ SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

TUTELIDADE: Santa Cruz PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

DIREÇÃO: Rua Geraldo Nunes 21-145 BAIRRO: Centro

IDADE: Bom Jesus DATA: 13.04.2015 HORA: 09:36

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

AP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

TÓRICA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relata queda de moto após colisão em trezeira de casa. Negro desmaiou por perda de consciência. Queda de moto dor em ombro esquerdo.

EXAME FÍSICO

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

E -> lesões em mãos Dir  
Dor + edema + limitação de movimento de ombro Esq

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

RA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

PROTÓCOLO RECEBIDO  
TEMP. 06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Politrauma

Fract. íleox. unil. e

Prova de 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 médico pericial:** 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.

**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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Consumo Ativo (W4)  
Acrisimo Bandeira VERMELHA

TEL 0 (84) 9941-6673  
(84) 9464-7292

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

As condições gerais de funcionamento (tensão, freqüência, potência, velocidade, etc.) devem ser verificadas antes de se conectar a carga, para se assegurar a disponibilidade, por o controle, de todas as condições de funcionamento e no caso de qualquer anomalia, consultar o fabricante.

**DIAGRAMA DE FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES**

CONDIÇÃO	VALOR APROXIMADO	VALOR NOMINAL	VALOR LIMITE	VALOR MÁXIMO
DI	1000	1,0	1,0	1,0
DI	1000	1,0	1,0	1,0
DI	1000	1,0	1,0	1,0

**DIAGRAMA DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR APROXIMADO	VALOR NOMINAL	VALOR LIMITE	VALOR MÁXIMO
220	200	200	200	200
220	200	200	200	200
220	200	200	200	200

22



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2015

Carta nº: 6903294

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.: 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**

Pag. 00585/00586 - carta\_03





**ATENÇÃO**

Atenção! Este documento é uma cópia impressa de um documento eletrônico. Para garantir a validade jurídica, recomendamos a utilização do documento eletrônico original, disponível no site [www.casa.gov.br](http://www.casa.gov.br).

Endereço da Unidade Consumidora: RUA GERALDO NUNES DA SILVA 145

CPF: 413 478 414-91

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico

DATA DE INÍCIO: 11/04/2015

DATA DE FIM: 11/04/2015

DATA DE VENCIMENTO: 17/04/2015

DATA DE RECEBIMENTO: 13/05/2015

TOTAL A PAGAR (R\$): 33,31

Consumo Ativo (Wh): 84,000000

Acrescimo Bandeira VERMELHA

Preço (R\$): 0,4510285

Valor (R\$): 29,90

4,51

TEL (84) 9941-6673

(84) 9464-7292

**TOTAL DA FATURA** 33,31

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
H054214	CAT	12/03/2015	13 628,00	11/04/2015	13 082,00	30	1,00000				84,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
H054214	CAT	12/03/2015	13 628,00	11/04/2015	13 082,00	30	1,00000				84,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
H054214	CAT	12/03/2015	13 628,00	11/04/2015	13 082,00	30	1,00000				84,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. No caso de fatura a bandeira vermelha, o cliente deve pagar em espécie no dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar em espécie no dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar em espécie no dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

**PROTOCOLO RECEBIDO**  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. No caso de fatura a bandeira vermelha, o cliente deve pagar em espécie no dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar em espécie no dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar em espécie no dia 15 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

**NÍVEL DE TENSÃO**

TIPO DE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
TIPO DE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR

**LEITURA DO MEDIDOR**

12



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00643/00644 - carta\_02



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

Pag. 00135/00136 - carta\_15R



8861-5033

ATENÇÃO

8745-0905

R.



ESTE É UM CASO DE ACIDENTE EM DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO  
**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
 CEREST ESTADUAL - Parnamirim - 52372-200  
 HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
 PARNAMIRIM / RN

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME: Francisco das Chagas Fernandes da SilvaIDADE: 16.09.65 COR: \_\_\_\_\_ SEXO: M ESTADO CIVIL: CasadoNATURALIDADE: Santa Cruz PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ENDEREÇO: Rua Geraldo Nunes 21-145 BAIRRO: CentroCIDADE: Bom Jesus DATA: 13.04.2015 HORA: 04.36

DOCUMENTO 4 \*T490\*



## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☒ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ 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 não se lembra de nada após  
colisão em traveira de carro, negro desmaiou  
 por perda de consciência. Queixa de  
 muito dor em ombro esquerdo.

EXAME FÍSICO

A, B, C, D de trauma n/alt.  
 E → lesões em mão dir  
 dor + edema + limitação de movimento  
 de ombro Esq

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

PROTOCOLLO RECEBIDO

21 JUL 2015

JEM REGULADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-trauma  
fract. prox. umero E

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

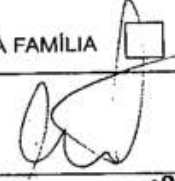
① Aval de ortopedia

② Solic R<sub>x</sub> toraxR<sub>x</sub> m<sub>l</sub> e EDr. Frederico Hilto  
CRM 5696

Manoel Correia Neto  
CRM - 849  
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

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





## FICHA INDIVIDUAL DO PACIENTE

SUS: 708 7061 5527 9695

REG. SOCIAL	N.º E DOCUMENTO APRESENTADO	DATA DE ENTRADA	CLÍNICA / LEITO
138391	RG: 946019 JTER/RN	13/04/2015	
CPF: 413 478 414 - 91			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: Francisco das Chagas Fernandes da Silva			
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE:		
16/09/1965	Santa Cruz / RN		
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:		
casado	Porteiro		
OCUPAÇÃO ATUAL:			
ESCOLARIDADE	ANALFABETO <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. Compl. <input type="checkbox"/> SÉRIE: Inc. <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. Compl. <input checked="" type="checkbox"/> SÉRIE: Inc. <input type="checkbox"/>
GRAU SUPERIOR Compl. <input type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/>			
ENDEREÇO: Rua Geraldo Nunes 145 Centro Born Sines / RN			
PONTO DE REFERÊNCIA:			
FILIAÇÃO	PAI: José Fernandes da Silva	MÃE: Maria Cícera Confessor	
RESPONSÁVEL:			
ENDEREÇO:			
PONTO DE REFERÊNCIA E TELEFONE: 9935-9930 (Benedito amigo) 8945-0905 (Dinoré filha)			
SITUAÇÃO FAMILIAR	POSIÇÃO NA FAMÍLIA: pai	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
<input checked="" type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> FINANCIADA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> NÃO POSSUI <input type="checkbox"/> CEDIDA	<input checked="" type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> TAIPA <input type="checkbox"/> PALHA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCANADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POÇO <input type="checkbox"/> LAGOA <input type="checkbox"/> CACIMBA	<input type="checkbox"/> FILTRADA <input checked="" type="checkbox"/> MINERAL <input type="checkbox"/> FERVIDA <input type="checkbox"/> SEM TRATAMENTO
ENERGIA ELÉTRICA			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> REDE DE ESGOTO			
DESTINOS DOS DEJETOS			
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA			
RENDA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> FORMAL <input type="checkbox"/> INFORMAL <input type="checkbox"/> SEM RENDA FIXA	<input type="checkbox"/> ADIÇÃO FINANCEIRA DE TERCEIRO	
<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			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	NOME:	<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> REVERSAMENTO
<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> VIZINHO <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL CONTRATADO			
AUTORIZADO ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO: Dependente de solicitação clínica para ser admitido a acompanhante	
OBSERVAÇÃO: Paciente internado para 1to cirurgia abdominal com um amigo orientado sobre os nomes do HPN			
FLUXO DO PACIENTE			
SETORES	TRANSFERÊNCIA / DATA	ALTA / DATA	RETORNO / DATA
DATA: 13/04/2015	ASSISTENTE SOCIAL CRESS / CARIMBO Rosa M. Borralho		

com obs 5

09



## RELATÓRIO MÉDICO

RELATO PARA FINS 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 HOVE 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 IMOBILIZAÇÃO 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  
063.469 327-20

Dr. Estácio Rubinstein de Medeiros Costa

CREMERN - 4570

MÉDICO



06



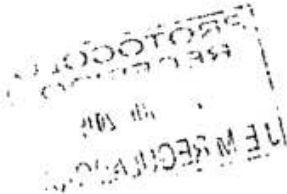
## RELATÓRIO MÉDICO

RELATO PARA FINS DE AVALIAÇÃO DO DUVAT, QUE FRANCISCO DAS  
CHAGAS FERNANDES DA SILVA, RG Nº: 946.018, SSP-RN, SOFREU  
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) EM 13/04/2015,  
ONDE HOVE 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 SARNHÃO,  
ONDE NÃO FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO PARA O DECECIO  
MARQUES, ONDE DEU ENTRADA COM SUSPEITA DE FRATURA NO ÚMERO  
ESQUERDO. FEZ O RX QUE CONFIRMOU A FRATURA NA CABEÇA DO  
ÚMERO ESQUERDO. FEITO IMOBILIZAÇÃO 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

INCAVACIADO PARA REALIZAR ATIVIDADES LABORAIS E  
HABITUAIS.

CID 10: T80.1

FERNANDES, 13/04/2015.

Dr. Estácio Rubinstein de Medeiros Costa

CRM/RN - 4570

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?  
(X) 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?  
(X) 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)?  
(X) 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>            | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>Membro superior - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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



DOCUMENTO 5 \*T5%\*



VITIMA

PROTOKOLO  
RECEBINO  
06 MAI 2015  
J E M REGULADORA



07





**Dados do Veículo de placa NNU4394** Em 05/05/2015 17:22:29

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
NNU4394	462992233	NNU4394/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
2824-HONDA/POP100 (Nacional)	2012/2012	0	2-Gasolina	13-ROXA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário				Recadastrado DETRAN		
DEMAIR JUSTINO DA SILVA				DetranNet		
Proprietário Anterior				Situação Lacre		
CIRNE COM E SERV DE MOTOS LTDA				REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento	Licenciado até			Adquirido em	Situação	
BOM JESUS	2014 em 19/03/2014, Licenciamento Anual no lote 008592, AR=RD790163074BR (CRLV emitido)(Via 1)			18/04/2012	Em Circulação	
Restrição à Venda				Carnê de Licenciamento 2015		
Alienação Fiduciária em favor de BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.				Gerado em 03/02/2015 às 01:49 hs.		
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	Interessado	Início em				
20012914/2012	00055991483	23/04/2012 às 12h31min				
Situação		Final em				
Encerrado		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				
Auditoria		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 !**

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

Voltar

08

05/05/2015 17:23





## JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Francisca das Chagas fernandes da Silva, brasileiro(a),  
portador do Rg n° 946.038 e CPF 413.476.454-91,  
residente e domiciliado (a) Rua Geraldo Mendes 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.

Espero 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

Francisca das Chagas fernandes da Silva

09







Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



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.

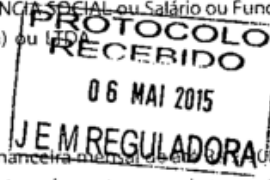
EU, FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 000.946.018 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 28/01/1998  
 CPF 403446434-93 CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Porteiro  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 778,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT 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 LPP;
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 62640-5

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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Francisco das Chagas F. da Silva  
 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 à 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=21081608253809600000068764815>

Número do documento: 21081608253809600000068764815

Num. 72061472 - Pág. 22



PROTOCOLO  
RECEBIDO  
06 MAI 2015  
JEM REGULADORA

11

