



Número: **0818521-67.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
VALDIR ALBINO DA SILVA (AUTOR)		THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)		

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44722 978	25/06/2019 15:32	Petição	Petição
45126 584	25/06/2019 15:32	2603213 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45126 669	25/06/2019 15:32	2603213 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08185216720178205001

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDIR ALBINO 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, 19 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8386566

A/C: VALDIR ALBINO DA SILVA

Sinistro: 3160014993
Vitima: VALDIR ALBINO DA SILVA
Data Acidente: 15/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8449511

A/C: VALDIR ALBINO DA SILVA

Sinistro: 3160014993
Vitima: VALDIR ALBINO DA SILVA
Data Acidente: 15/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **15/09/2015**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

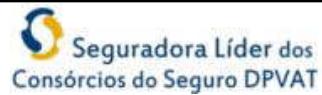
Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160014993 **Cidade:** Natal
Vítima: VALDIR ALBINO DA SILVA **Data do acidente:** 15/09/2015
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: LESÃO DE PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZAVEL

Sequelas permanentes: SUTURA

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 %	\$0.00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

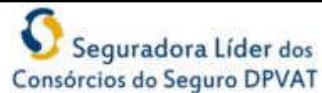
Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160014993 **Cidade:** Natal
Vítima: VALDIR ALBINO DA SILVA **Data do acidente:** 15/09/2015
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: LESÃO DE PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZAVEL

Sequelas permanentes: SUTURA

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 %	\$0.00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



 Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Valdir Albino da Silva

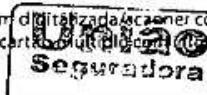
POR(DA) DO RG Nº 0401 3597 483 EXPEDIDO POR Tribunal TRN EM 09/06/15 E
 CPF 025 439 554-61 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO motorista
 E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdir Albino da Silva, AUTORIZO 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/acionar colírio, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito com indicação de código de segurança.

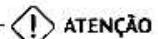
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO — Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) — Nº da CONTA (com dígito, se existir) —

07 JAN 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0539 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10000 32,10 - 0

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

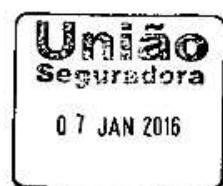
Flatal, 07 de Outubro de 2015
 LOCAL E DATA

Valdir Albino da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 88308

1 - LOCAL E DATA

Local R. 573 CLARE Bairro FELIPE GARCIA
Cidade/UF MONT P. Ref. 10670
Data 15/09/2015 Hora do acidente 19:00 Hora do registro 19:15 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QJT-9839 Cidade MONT UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN RS Cor PRATA Ano 2012/2013
Proprietário EDUARDO DINIZ DE CARVALHO ALEXANDRE Nº de Ocupantes 01
Condutor EDUARDO FELIX DE SILVA Data de Nasc. 26/09/1995
Endereço R. SÃO JOSE Nº 555 Fone 9889-0981
Bairro FELIPE GARCIA Cidade MONT UF RN
CPF N° 001.782.614-86 CNH N° _____ Validez 1 / 1 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi PAZK-8729 Cidade MONT UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN KSR Cor PRETO Ano 2010/2010
Proprietário EDUARDO DE FREITAS SOUZA Nº de Ocupantes 01
Condutor EDUARDO ALFIM DE SOUZA Data de Nasc. 11/05/1975
Endereço RUA ANA MARIA DIAS Nº 10 B Fone 98869-1296
Bairro FELIPE GARCIA Cidade MONT UF RN
CPF N° 053.433.554-61 CNH N° 0507359483 Validez 09/04/2020 Categoria AB
Local de Trabalho FARMÁCIA ALLIANCA Fone _____
End. R. 573 CLARE Nº _____ Bairro FELIPE GARCIA Cidade MONT

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____
CPF N° _____ Validez _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

União Seguradora
07 JAN 2016

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____
CPF N° _____ Validez _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

DOCUMENTO 1 "T10%"



11 - Vítima condutor de: V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de: V1 V2 V3 V4 Condutor para:

Testemunha
 Presente: Fato Registro

Nome YADOLK ALBINO Órgão Expedidor ITEP Data de Nascimento 21/05/1975
 RG Nº 440868 N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - Vítima condutor de: V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de: V1 V2 V3 V4 Condutor para:

Testemunha
 Presente: Fato Registro

Nome LOGUIC FELIX DA SILVA Órgão Expedidor ITEP Data de Nascimento 26/06/1995
 RG Nº 003.380.813 N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 13 - Vítima condutor de: V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de: V1 V2 V3 V4 Condutor para:

Testemunha
 Presente: Fato Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 14 - Vítima condutor de: V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de: V1 V2 V3 V4 Condutor para:

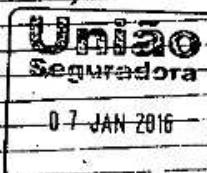
Testemunha
 Presente: Fato Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG Nº _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa VSB-16 Cidade SAPOR UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____ N° _____
 Endereço _____ Cidade _____ Fone _____
 Bairro _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AUTN. _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O veiculo V6 foi dirigido de forma imprudente e imprudente e o condutor não possuia carteira de motorista. O veículo V6 é de cor preta e placa VSB-16.



Nome Completo do Agente TIFFERSON GONCALVES DE LIMA
 POSTO/GRAD.: CB PM Nº 93.025 Viatura AB-35 Subunid. 600 ACCIDENT
 Local e Data UBTDC, 15 de 09 de 2015 Assinatura do Agente de Trânsito [Assinatura]

88308

8. CONDIÇÕES DA VIA

- * Luminescente
 - Amanhecedo
 - Perno Dia
 - Asotecendo
 - Noite e/ Iluminação
 - Noite s/ Iluminação
 - Iluminação Deficiente
- | | |
|---|---|
| Cond./Tempo | Type da Pista |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto |
| <input type="checkbox"/> Nublado | <input type="checkbox"/> Paralelepípedo |
| <input type="checkbox"/> Chuva | <input type="checkbox"/> Concreto |
| <input type="checkbox"/> Nebulosa | <input type="checkbox"/> Cascalho |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Terra |
| | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

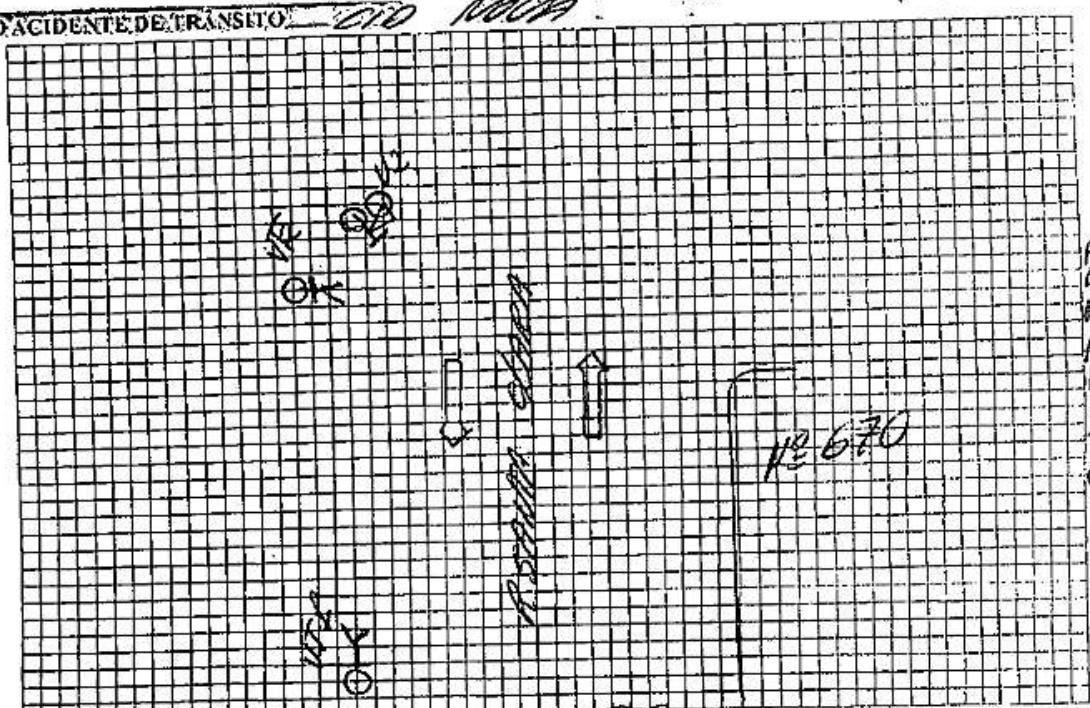
- | |
|--|
| Caract./Pista |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reta |
| <input type="checkbox"/> Curva |
| <input type="checkbox"/> Aclive Ingreme |
| <input type="checkbox"/> Aclive Suave |
| <input type="checkbox"/> Declive Ingreme |
| <input type="checkbox"/> Declive Suave |
| <input type="checkbox"/> Lombada |
| <input type="checkbox"/> Cruzamento |
| <input type="checkbox"/> Rotatória |
| <input type="checkbox"/> Retorno |
| <input type="checkbox"/> Entroncamento |
| <input type="checkbox"/> Bifurcação |

- | |
|--|
| Cond./Pista |
| <input checked="" type="checkbox"/> Seca |
| <input type="checkbox"/> Molhada |
| <input type="checkbox"/> Inundada |
| <input type="checkbox"/> Poças D'água |
| <input type="checkbox"/> Oleosa |
| <input type="checkbox"/> Enxameada |
| <input type="checkbox"/> Em Obras |
| <input type="checkbox"/> Com Buraco |
| <input type="checkbox"/> Com Areia |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |

- | |
|---|
| Signalização |
| <input checked="" type="checkbox"/> Inexistente |
| <input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito |
| <input type="checkbox"/> Do Semáforo |
| <input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre |
| <input type="checkbox"/> Linha _____ |
| <input type="checkbox"/> Placa(s) _____ |
| <input type="checkbox"/> Lombada eletrônica |
| <input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |

9. CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

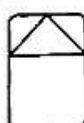
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTE
-  CAMINHÃO OU ONIBUS
-  CARRETA



PLANEJAMENTO

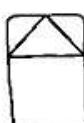
10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1



_____ ?

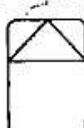
AVARIAS DO VEÍCULO 3



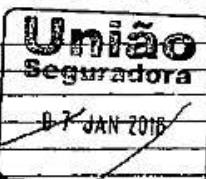
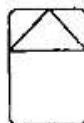
_____ / _____

AVARIAS DO VEÍCULO 2

DIANTEIRO FRENTE PAINEL
DIANTEIRO FRENTE PAINEL
DIANTEIRO SUSPENSÃO DIANTEIRO
PORTA CARROCA
CABINE DE FRENTE
DIANTEIRO CARENADO
DIANTEIRO CARENADO
DIANTEIRO CARENADO
DIANTEIRO CARENADO



AVARIAS DO VEÍCULO 4



07 JAN 2016

VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA
CO POA FELIPE CANTARAO

Em que faixa?

?

Assinatura do Condutor do Veículo 1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA
FELIPE CANTARAO NOVA

Em que faixa?

Além que transitava normal
quase que se colidiu com o carro
do seu direto em uma rota
certamente com o mesmo resultado.

Assinatura do Condutor do Veículo 2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

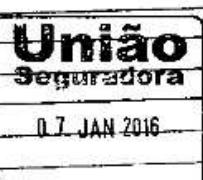
Assinatura do Condutor do Veículo 3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?





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

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cprescetortrafego@hotmail.com

Natal/RN, 22 de Setembro de 2015.

BOAT nº: 88308

Data: 15.09.2015

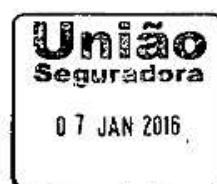
Local: Rua Santa Clara - Felipe Camarão - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA / CG 125 FAN KS - OJY 9829
(V-2) HONDA / CG 125 FAN KS - MZK 8724

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceituam os artigos 28 e 309.

Tony Swamann Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



Verificação da autenticidade na internet: <http://www.pmm.gov.br> na tela de consulta de trânsito.

Número de ocorrência: 432909 Data/bora registro: 22/09/2015 10:12:44
Número/control: FNILVUYL1U5KJR4H8P27

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

gsmrc

(84) 8869-1296 / (84) 9888-44288



COMPANHIA DE ÁGUAS E SANEAMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Presidente Tancredo Neves, 1545, Fortaleza - CEP 59015-000
CNPJ: 06.334.573/0001-35 / INSC. Estadual: 20053.426-3
Adm. Contro: (84) 3232-4432 / Olhovisite: (84) 3222-4552

0800-0-340195
84-3232-4268

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/03/2015 AS 14:36:56 MATRÍCULA: DES/AUTO

DADOS DO CLIENTE

VALDIR ALBINO DA SILVA
RUA ANAETE DIARTE, N 10 - FELIZ - CANARAO NATAL - RN 59071-770
120-D42-156-00156-000
IDRÔMETRO

1670244 08/2015

DESCRICAÇÃO	DATA	SEGUNDA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO	SUNDAY
120-D42-156-00156-000	0	/70					
HIDRÔMETRO		BITUADA ÁGUA					SITUAÇÃO ESGOTO

... 105-12-216 LIGADO POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (m³): 10

DATA LEITURA: 10/03/2015
LEIT. ATUAL: 99
LEIT. ANT.: 83
DIAS CONSUMO: 83

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF.	CON.	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	MÉDIA
07/2015	4	05-1015	7	03/2015	2	3
06/2015	5	04-1015	6	02/2015	0	

DETALHAMENTO

ÁGUA

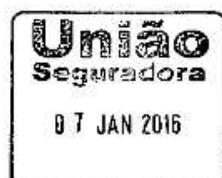
DETALHAMENTO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ANTIGO - 11/02/2015 100% 07/02/2015	10 m³	R\$ 96
NOVO - 07/02/2015 08/02/2015	0 m³	R\$ 0,00
IMPOSTO MÍNIMO 0%		R\$ 0,16
IMPOSTO MÁXIMO 100% 0%		R\$ 4,48

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	R\$ 96,00	1,65	R\$ 1,51
COFINS	R\$ 96,00	7,6	R\$ 7,35
VENCIMENTO:	21/08/2015	TOTAL A PAGAR:	R\$ 15,94

A ÁGUA DISTRIBUÍDA PARA O SEU IMÓVEL APARECEU, NO MOMENTO, TEC

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Total	Chloro Residual Livre	Fluorina (fluoride)
Valor e Recomendação	≤ 6,0 NT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Objetos					

DOCUMENTO 2 *T2%*



07 JAN 2016



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

+D



PACIENTE VALDIR ALBINO DA SILVA
DATA DE ENTRADA 15/09/2015 **HORA** 20:40 **Nº BAA** 121461
IDADE 40 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS - **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF 025.439.554-61 **RG** 1498368 - SSP RN
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA DA SILVA
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 11/05/1975 **NATURALIDADE** Tangará-RN
TELEFONE (98) 8691-296 **PROFISSÃO** -
Motoboy - motoqueiro - entregador
RUA/AV. RUA ANACLETO DLUARTE **Nº** 10 B
COMPLEMENTO - **BAIRRO** FELIPE CAMARA
CEP - **CIDADE** Natal-RN
ORIGEM Outra **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Wellingtonomes

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Próbvel. vítima do colisão moto-moto. Tinha no braço esq.
mto. Perda de consciência, náuseas e vomitos. Apresenta oscilações
em mais direito e dor contusas em todo corpo;

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

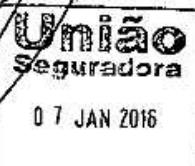
- A Prolongada
B PVR, Síncope. Sinao SAIOS: 93%
C Estável FC: 71 BPM
D Glasgow 15, consciente e orientado
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO 3 "T3%"



CONFIRME COM ORIGINAL
DATA PNA
SANTOS MAT.N.



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS):	<i>N661</i>
M (MEDICAÇÃO EM USO):	<i>N661</i>
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):	<i>Re: trauma prévio no auto</i>
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	<i>BUA</i>
V (PASSADO VACINAL):	<i>Nas SVA</i>
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	<i>No. do Rx 659 AP&E OBUS 200</i>
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
<p style="text-align: center;"><i>Dr. Fco. Manoel de Mesquita J. MR de Chirurgia Geral CRMAN-8123</i></p>	
OUTROS	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
<p>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>(1) ASSOPRI 6m S= 0000 GS 000000 COM CONTROLE E PVPQ</p> <p>(2) HISTÓRIA LOCAL COM XILOCALM</p> <p>(3) SUTURA SÍNTESES COM NYLON 3-0</p> <p>(4) CINTO MOLHO COTTONAMS 000000</p> <p>(5) FRACTURA CATETER: 000000</p> <p>(6) OAS E POMBOGULUM DURANTE</p> <p>(7) DAS :</p> <p style="text-align: right;"><i>Dra. Gabriela Salmo GCP Chirurgia Geral CRMAN-8123</i></p>	

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO



PE.CE:

Id Paciente: 121461

79,4 %

Data Exame: 15/09/2015 22:07:01

PE AP

Paciente: VALDIR ALBINO DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

75,4 %

Técnico: ÁRIBETO/JS

Idade: 40 ano(s)

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sárinho

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado Valdir Alves
da Silve
foi examinado nesta Unidade às _____ horas,
necessitando de 07, Sete) dias de
afastamento do trabalho, por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com
nº 593, a partir desta data.

21/09/15

Localidade e Data

Dr. Maedison Bastos
Ortopedista
CRM-4421 / TECOT-10660
Ass. do Médico e Carlmbo com CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e
será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento
do trabalho.

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

União
Seguradora

07 JAN 2016



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria da Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado Jacinto Alvim

D. Silva

foi examinado nesta Unidade às 20:40 horas,
necessitando de 07 (SETE) dias de
afastamento do trabalho, por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com
nº _____ a partir desta data.

11/11/2015

Localidade e Data

Eduardo S. Telixeira
Médico/Cirurgião Geral
CRM/RN 6908

Ass. do Médico e Carimbo com CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 85
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e
será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento
do trabalho.

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindés, 1407 - Alecrim - Natal/RN
FONE: (84) 3213-6260

ATESTADO

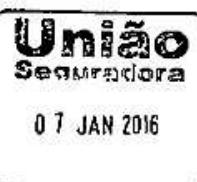
Atesto para os fins que se fizerem necessários que Vadim A. L.

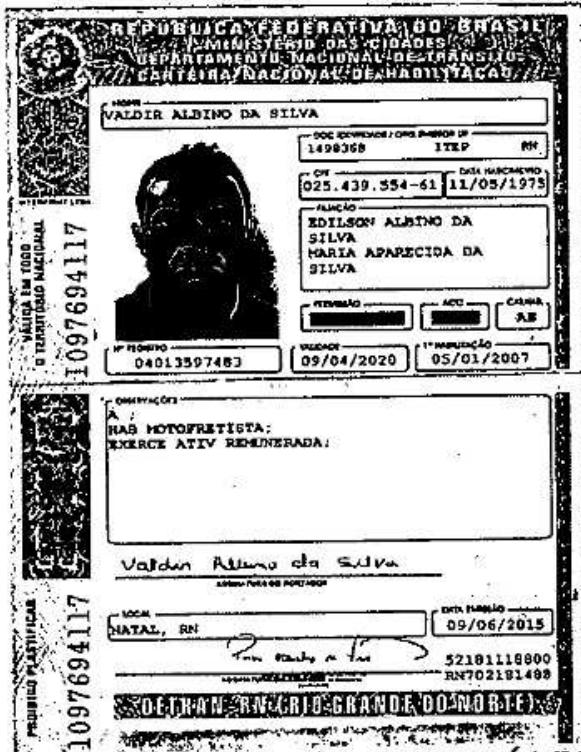
2 dias foi atendido nesse serviço e liberado, devendo ser afastado de suas
atividades pelo período de 100 dias dia(s).

C M S 935

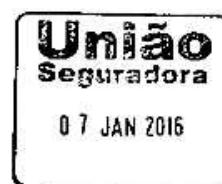
Natal, 06 de 10 de 15

Assinatura do Médico





DOCUMENTO 4 *T4%*



07/10/2015

Comprovante de Inscrição no CPF



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **025.439.554-61**

Nome da Pessoa Física: **VALDIR ALBINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/05/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/08/1995**

Dígito Verificador: **00**

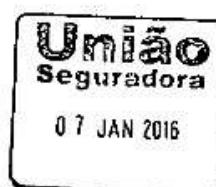
Comprovante emitido às: **14:18:09** do dia **07/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2215.C41A.696D.CCBD**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



CONTESTAÇÃO

Galdir Albino da Silva
CPF: 025.439.554-61, vem por meio deste, junto à
Sa Seguradora Líder, por discordar de a impossibilidade de poder
cadastrar ou pleitear o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, opor-se pelo
seguinte motivo:

A exigência do Boletim de Ocorrência Emitido pelo Comando de Polícia Rodoviária Estadual,
lavrado pela instituição do Estado do Rio Grande do Norte, na forma requerida torna impossível o
recebimento da indenização pelo seguinte motivo:

- A Polícia Rodoviária Estadual, *não efetua autenticação manual por assinatura e carimbos*, para a instituição está autenticação é feita de forma sistêmica através do site <https://mar.url.ph/boat/consulta/>, a mesma já entende como autenticada e apta
a sanar a exigência do seguro DPVAT ou qualquer pleito que se faça necessário.

Sendo assim a exigência em autenticar o Boletim de Ocorrência em outro formato que não o
procedimento da instituição emissora do documento é incabível pois inviabiliza o acesso ao seguro,
criando demandas de documentos impossíveis de serem conseguidos.

Ressalto o entendimento da Seguradora Líder no estado do Paraná do qual tem situação
semelhante. Neste estado a emissão de Boletim de Ocorrência pode ser feita através de boletim
online através do sistema B.A.T.E.U, sendo que para este caso a seguradora Líder aceita a emissão
conforme comunicado máster emitido em 16/09/2015 e não questiona autenticidade e veracidade
do mesmo como documento valido e verdadeiro para comprovação de acidente de transito, sendo
assim deveria ser aceito o documento emitido pela Polícia Rodoviária Estadual Rio Grande do Norte
uma vez que se trata de situação idêntica.

Em verdade, o Boletim de Ocorrência emitido pelo Comando de Polícia Rodoviária do Rio
Grande do Norte e com a autenticação através do SICBOAT deverá sanar a toda e qualquer
pendencia de Comprovante do Acidente de Transito, uma vez que supre em todo a exigência sendo
emitido por autoridade policial competente e tendo sua validade reconhecida por esta autoridade
sendo lícito e oficial e atende as caracterizas espedidas pela Líder e SUSEP para comprovação do
estado de vítima de acidente de transito.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada no não
reconhecimento da veracidade do Boletim de Acidente de Transito por ser uma exigência ilegítima
da seguradora, , fica claro que a , ESTÁ
EM MORA COM A SUA OBRIGAÇÃO, POR NÃO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, conforme o
previsto em lei.

