



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	<a href="#">Petição</a>	Petição
45126 584	25/06/2019 15:32	<a href="#">2603213 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
45126 669	25/06/2019 15:32	<a href="#">2603213 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	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](http://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](http://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](http://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 início 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**



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8449511

A/C: VALDIR ALBINO DA SILVA

Sinistro: 3160014993  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01503/01504 - carta\_05



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160014993 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR ALBINO DA SILVA **Data do acidente:** 15/09/2015 **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 **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR ALBINO DA SILVA **Data do acidente:** 15/09/2015 **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,PORTADOR(A) DO RG Nº 04013597483 EXPEDIDO POR Detran RN EM 09/06/15 ECPF 025439554-61 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO motociclista

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.

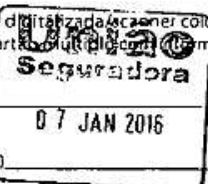
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem 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 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 Lotéticas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multibanco (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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0539 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00003210-0

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.

Natal07 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](http://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  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
**BOAT 88308**

1 - LOCALE DATA

Local R. STZ CARA Bairro FELIPE AMARAL  
Cidade/UF MATAC RN P. Ref. DE 670  
Data 15/09/2015 Hora do acidente 19:00 Hora do registro 19:15 Dia da semana TERÇA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) \_\_\_\_\_

3 - VEÍCULO 01:

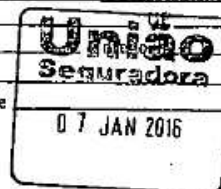
Placa ou Chassi 05T-9829 Cidade MATAC UF RN  
Marca/Mod. HOVADAGE 125 FAN RS Cor AZUL Ano 2012 2013  
Proprietário ALVARO DINIZ DE CARVALHO ALEXANDRE Nº de Ocupantes 01  
Condutor DANIEL FELIX DA SILVA Data de Nascimento 26/04/1995  
Endereço R. STZ JOE Nº 555 Fone 9889-0981  
Bairro FELIPE AMARAL Cidade MATAC UF RN  
CPF Nº 101.78.764-86 CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 1 Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MEK-8729 Cidade MATAC UF RN  
Marca/Mod. HOVADAGE 125 FAN RS Cor PRETA Ano 2010 2010  
Proprietário ALVARO DINIZ DE CARVALHO ALEXANDRE Nº de Ocupantes 01  
Condutor ALVARO ALBINO DA SILVA Data de Nascimento 11/05/1975  
Endereço RUA AUA QUENTE DIANTE Nº 108 Fone 9889-1296  
Bairro FELIPE AMARAL Cidade MATAC UF RN  
CPF Nº 025.33.554-61 CNH Nº 040.13.59483 Validade 09/04/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho FARMACIA ALIANÇA Fone \_\_\_\_\_  
End. R. STZ CRISTINA Nº \_\_\_\_\_ Bairro FELIPE AMARAL Cidade MATAC RN

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 1  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 1  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☒ V2 ☒ V3 ☒ V4 ☐ Pedestre  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Testemunha  
 Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: UNIOIR ALBINO DA SILVA Data de Nascimento: 11/05/1975  
 RG N°: 4428468 Órgão Expedidor: ITEP N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

12 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☒ V2 ☒ V3 ☒ V4 ☐ Pedestre  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Testemunha  
 Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: DANIEL FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1995  
 RG N°: 403.387.813 Órgão Expedidor: ITEP N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Testemunha  
 Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ☐ Testemunha  
 Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

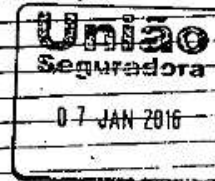
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: USB-16 UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
 Nome: SAPAT - RV RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO Cód/DESD: \_\_\_\_\_

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O veículo UF foi retirado do local  
compartilhados 50% o condutor do  
veículo não possui CNH por não ter  
tido no auto: 18091266



Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo do Agente: DERSON GONCALVES DE LIMA  
 POSTO/GRAD.: CB PM N°: 3328 Viatura: AG-35 Subunidade: 600 ACUAT  
 Local e Data: PRATAC, 15 de 09 de 2015  
 Assinatura do Agente de Trânsito: \_\_\_\_\_

88308

## CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./Pista</b>	<b>Cond./Pista</b>	<b>Signalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingrete	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> De Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingrete	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>    </u> KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

## LUGAR DO ACIDENTE DE TRÂNSITO CID NOVA

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

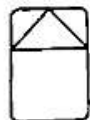
PLANO ALTO

12670

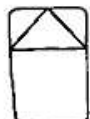
ELABORADO

## AVARIAS VISUALIZADAS PEO AGENTE DE TRÂNSITO

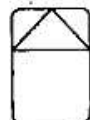
## AVARIAS DO VEÍCULO 1



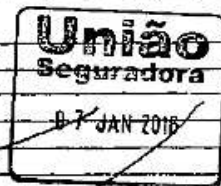
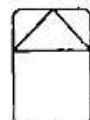
## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 2



## AVARIAS DO VEÍCULO 4





**AVISOES DOS CONDUTORES**

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA

FEIPE CATARATAS

Em que faixa? UNICA

?

Assinatura do condutor de V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA

FEIPE CATARATAS

Em que faixa? UNICA

Seguiu que TRAVESSIA NORMAL  
diante de separação de um lado  
em sua direção em uma faixa  
separada com o mesmo FRAUTA  
MULTE.

Assinatura do condutor de V2

Albino da Silva

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

/

Assinatura do condutor de V3

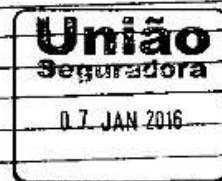
SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

/



Assinatura do condutor de V4



**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: cpresetordetrafege@hotmail.com

Natal/RN, 22 de Setembro de 2015.

**BOAT nº: 88308**

**Data: 15.09.2015**


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

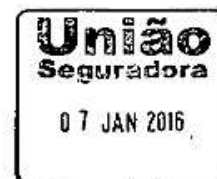
**Veículos envolvidos:**

(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 Swamarn Vale Castro Cap. QOPM  
Mat. 170.077-4  
**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**



Verificação da autenticidade on internet: <http://www.prn.m.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número da ocorrência: 432509 Data/born registro: 22/09/2015 10:12:44  
Número/control: FNILVUYI.U5KJR4H8PP7

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

gerado

(84) 8869-1296 / (84) 9883-44288



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1545, Fone: CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.575/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Control: (84) 3232-4432 / Clientes: (84) 3232-4552

ENTRADA QUATROCENTOS

0840-340195

84-3232-4268

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/03/2015 ÀS 14:36:56

DIATRÍCULA:

DES/ANO

DADOS DO CLIENTE

16702743

08/2015

VALDIR ALBINO DA SILVA

RUA ANACIETO DIARTE, N 10 - FELIZ CANARAO NATAL RN 59071-770

DISCRICAO	ROTA	SECTOR	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
120 D42 154 16455 000	2	70	RESIDENCIAL	COLECCIONAL	INDUSTRIAL
HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
10551845	LIGADO		POTENCIAL		

CONSUMO ÁGUA (M3): 10

DATA LEITURA:

LEIT. ATUAL: 93

LEIT. ANT.: 83

DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CON	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
07/2015	4	05/2015	7	03/2015	2	3
06/2015	8	04/2015	6	02/2015	0	

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ANTIC. - FÓRMULA DE CÁLCULO (M3)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

30,96

ÁGUA - PREÇO DE VENDA (R\$)

1,30

ÁGUA - PREÇO DE VENDA (R\$)

0,16

ÁGUA - PREÇO DE VENDA (R\$)

10,48

TRIBUTOS

PIS

30,96

PERCENTUAL(%)

1,65

VALOR DO IMPOSTO

0,51

COFINS

30,96

PERCENTUAL(%)

2,6

VALOR DO IMPOSTO

2,35

VENCIMENTO:

21/08/2015

TOTAL A PAGAR:

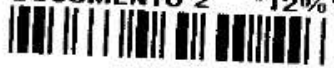
15,94

A ÁGUA DISTRIBUÍDA PARA O SEU IMÓVEL APRESENTA, NO MOMENTO, TUDO

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Total	Cloro Residual Livre	Fluoreto (mg/L)
VSP e Recomendações	≤ 6,0 UT	6,0 a 9,0	≤ 10.000	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,2	7,5	0,1	0,5	1,0

DOCUMENTO 2

\*T2%\*



União  
Seguradora

07 JAN 2015





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



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
CIRURGIA GERAL

12

**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

**TELEFONE** (98) 8691-296

**NATURALIDADE** Tangará-RN

**PROFISSÃO**

Motoboy - motoqueiro - entregador

**RUA/AV.** RUA ANACLETO DLUARTE **Nº** 10 B

**COMPLEMENTO** -

**BAIRRO** FELIPE CAMARAO

**CIDADE** Natal-RN

**ORIGEM** Outra

**MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Moto

**ACID. DE TRABALHO** Não

**USUÁRIO** Wellingtongomes



**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

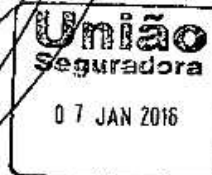
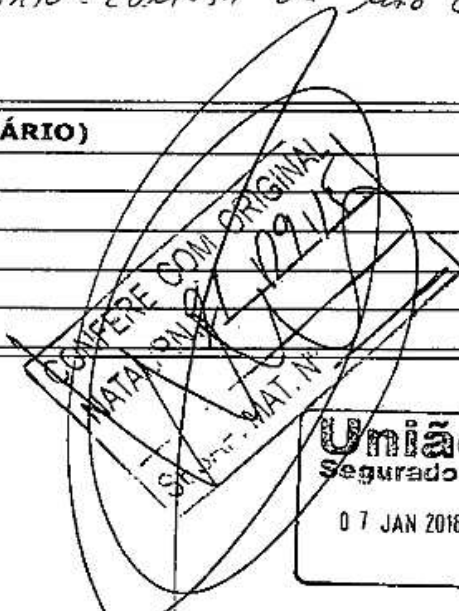
Acidente vítima de colisão moto-moto. Estava no Camarote  
para beber na consciência, nervos e vômitos. Após o acidente  
colidiu em uma parede e ficou com contusão na mão esquerda.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A *Pele*  
B *Muc, Sanguíneo, Sina, Satoz 93%*  
C *Estável* *Fl: 776m*  
D *GLASGOW 15, Consciente com orientação*  
E

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

DOCUMENTO 3 "T3%"



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

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

**CID**

## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

N661

M (MEDICAÇÃO EM USO):

N661

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

HISTÓRIA PREVIA DE HIDA

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

RUA

V (PASSADO VACINAL):

NÃO SEI

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

NÃO FOI FEITO BSA APE

OBLIGADO

Dr. Fco Mendes de Mesquita J.  
MR de Clínica Geral  
CRM-0123

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① ASSOPIO em S-2000 6500

COM CLOROFORMO E PVPE

② ANESTESIA LOCAL COM XILOCAINA

③ SUTURA SIMPLES COM NYLO 3-0

④ CUIDADO COM OMS UNICAT

⑤ PRECISO CORTAR: DORNO

07 dias de observação durante

07 dias

Dra. Gabriela Silva Car  
Cirurgia Geral  
CRM-001

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

A assinatura eletrônica do profissional de saúde, registrada em uma base de dados qualificada, em um sistema hospitalar com registros não falsificáveis e protegido o profissional de saúde, contribui para a melhoria da assistência ao paciente.



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



PE CBL 79.4 %  
Id Paciente: 121461 Data Exame: 15/09/2015 22:07:01  
Paciente: VALDIR ALBINO DA SILVA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PE AP 75.4 %  
Técnico: ARIBETO/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 Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

### ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado

Valdir Albano da Silva

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

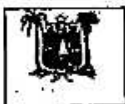
Dr. Adelson Bastos  
Ortopedista  
CRM 4421 / TEOT 10660  
Ass. do Médico e Carimbo com CRM

**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 de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Salinho

**ATESTADO MÉDICO**

Atestado que o segurado Valdomiro ALBUQUERQUE

DA 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.

Natal 15/08/2015

Localidade e Data

Eduardo S. Teixeira  
Médico Cirurgia Geral  
CRM/RN 5996

Ass. do Médico e Carimbo 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



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 Volnei A da

SOB

foi atendido nesse serviço e liberado, devendo ser afastado de suas

atividades pelo período de 10 (dez) dias(s).

06 5935

Natal, 06 de 10 de 15

Assinatura do Médico

**União**  
Securadora

07 JAN 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
VALDIR ALBINO DA SILVA

DOC. DEPENDENTE / OUTRO ENDERECO DE  
1498368 ITEP RN

CPF 025.439.554-61 DATA INSCRIÇÃO 11/08/1973

FILIAÇÃO  
EDILSON ALBINO DA SILVA  
MARIA APARECIDA DA SILVA

RESIDÊNCIA  
ACI  
CASA  
AS

Nº FOTOGRAFIA 04013597483 VIGÊNCIA 09/04/2020 1ª MANUSCRITAÇÃO 05/01/2007

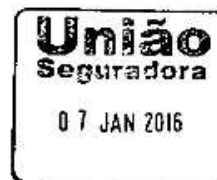
OBSERVAÇÕES  
A  
NÃO MOTOFRETISTA;  
EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Valdir Albino da Silva

LOCAL NATAL, RN DATA FIM 09/06/2015

52181118800  
RN702191488

DETRAN - RN - CRIO GRANDE DO NORTE



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**

Digito 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](http://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 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 esta 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 e 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 válido e verdadeiro para comprovação de acidente de trânsito, 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 pendência de Comprovante do Acidente de Trânsito, 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 trânsito.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada no não reconhecimento da veracidade do Boletim de Acidente de Trânsito 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.

