



Número: **0818427-51.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)</b>	<b>CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	<b>ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)</b>
<b>GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46937 065	18/07/2019 13:24	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46937 095	18/07/2019 13:24	<a href="#"><u>2617553 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u></a>	Outros documentos
46937 125	18/07/2019 13:24	<a href="#"><u>2617553 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u></a>	Outros documentos

Juntada de petição.



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

**Processo:** 08184275120198205001

**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 **LEONARDO DO NASCIMENTO 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, 15 de julho 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)

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

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180487288      **Cidade:** Poço Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA      **Data do acidente:** 08/07/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 23/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXAÇÃO).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO 11/10/2018, ASSINADO POR DR.TIAGO ANDRADE RODRIGUES,CRM:6224 , DA CLÍNICA OITAVA ROSADA.

### 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Nº Sinistro: **3180487288**  
Vitima: **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**  
Data do Acidente: **08/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180487288**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13491210



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima  
081.525.554-36

Nome completo da vítima  
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA	CPF titular da conta 081.525.554-36	Profissão ESTUDANTE
Endereço RUA MARIA DA COSTA LEITE	Número 01	Complemento CASA
Bairro AMARANTE	Cidade S. G. DO AMARANTE	Estado RN
Email	CEP 59.299-905	
Telefone (DDD) (84) 98833-6586		

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	17 OUT 2018
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV  
2010 00153191 9

(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE	PROFILOS DOS BANCOS	AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
BANCO	Nome	G. NATAL			
(Informar dígito se existir)					
(Informar dígito se existir)					

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

S. G. AMARANTE, RN 16 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

X Liderado or Indenização

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA  
Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018080000908

1.2 Data de Expedição: 02/08/2018 16:33:46

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2018 22:59:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.7 Logradouro: BR 406, NO POCOADO DO SURUBIM

2.6 Tipo do local: Rural

2.9 CEP:

2.8 Número: S/N

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A PARADA DE ÔNIBUS

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: POÇO BRANCO

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

3.1 Nome Completo: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MARIO EPIFANIO DA SILVA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 08152555436

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 07/08/1986

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002781854 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 986046675

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 01

3.18 Naturalidade: POCO BRANCO RN

3.19 Bairro: JARDIN PETRÓPOLIS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA MARIA DA COSTA LEITE

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA.

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.5 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.9 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.15 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.20 CEP:

5.1.18 Logradouro:

5.1.22 Cidade:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)**

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE/VÍTIMA RELATA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCritos PILOTAVA UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA/CG 150 FAN, ESI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA QJT 4796, CHASSI N° 9C2KC1670CR601500, RENAVAM 00483194034 COM CRLV EM NOME DE LENILSON CORDEIRO DE LIMA, NA BR 406, NAS PROXIMIDADES DO POCOADO DO SURUBIM, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A DERAPAR E LOGO CAINDO AO SOLO. RELATA QUE DA QUEDA FRATUROU O TORNozELO DO LADO DIREITO CONFORME LAUDO APRESENTADO. DE IMEDIATO FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DA CIDADE DE POCO BRANCO, LOGO APÓS FOI LEVADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, LOGO DEPOIS CONDUZIDO AO HOSPITAL DIOCLECIO MARQUES NA CIDADE DE PARNAMIRIM, LOCAL AONDE PERMANECIU ATÉ O DIA SEGUINTE. ADEMAIS, RELATA QUE REALIZOU UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA QUAL FORAM PRECISO 10 (DEZ) PONTOS NO CITADO TORNozELO. POR FIM, INFORMA QUE NÃO POSSUI CNH (CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO). NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)**

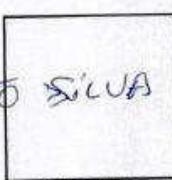
**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 02/08/2018 16:33:46

Policial

Interessado



Polegar direito

Francisco Valdenir do Carmo Almeida

Atendimento: 1909657 - FRANCISCO VALDENIR DO CARMO ALMEIDA

Impresso por: 1909657 - FRANCISCO VALDENIR DO CARMO ALMEIDA em 02/08/2018 16:33:56

Protocolo: J2018080000908 - Código de autenticação: ba400413770967c0673090e96645b608

Página 12



## DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022

(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LEONARDO DO NASCIMENTO S/10A

CPF da Vítima

081.525.554-36

Data do Acidente

08.07.2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPRA  
COMPRA  
COMPRA  
COMPRA  
COMPRA

17 OUT 2018

PROTÓCOLO  
AG.: NATAL

S. G. DO AMADANTO TN 16 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

X Leonardo do Nascimento S/10A  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 Y001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# 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: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000153141-9

---

Nr. da Autenticação 3996AAE4557C4847



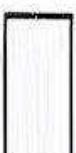
GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA DE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GUNDEL  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

980

ENCAMINHAMENTO

Silve

PACIENTE:	Leonardo do Nascimento	SENHA:
DIAGNÓSTICO	HTN e	
SETOR DE ORIGEM	HWB	
AUDITOR AUTORIZADOR		
DESTINO	HDM	
DATA	09/07/18	
RECEPÇÃO PELO HOSPITAL		



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO						
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro - São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-560 CNPJ: 06.451.633/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290 <a href="http://www.sasesgarn.com.br">www.sasesgarn.com.br</a>						
Assento 0035608.7	CLASSE PAR	TARIFA R-M	RES. D1	ECONOMIAS COM IND	PUB	CUT
HIDROMETRO A15G207617	INSTALAÇÃO 21/03/18	LOCALIZAÇÃO 00.06.07.0020016050	MEIA TARIFA 07/2018			
FATURA 180193640						
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR						
CINTIA CORDEIRO DE LIMA RUA MARIA DA COSTA LÉITE CS 01 - O. 18 LOTE 05 , LOT J. CEP: 59.294-405 SAO GONCALO DO AMARANTE-RN						
SERVIÇOS E TARIFAS						
COD	DESCRÍPCAO	PAR	VALOR			
01	AGUA(000 A 0010 - 3,659 * 10)		36,59			
01	AGUA(011 A 0015 - 4,490 * 04)		17,96			
HIDROMETRIA						
LEITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS				
ANTERIOR... 432	06/06/18	8	9	10	12	14
ATUAL..... 448	08/07/18	14	14	14	14	14
CONSUMO... 16	DAS 9:33					
LEITORISTA: 34	00:00:00					
MÉDIA: 11 m³						
JAN FEV MAR ABR MAI JUN JUL						
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA						
PARAMETRO	PADRÃO	TOTAL ANALISE	PERÍODO			
DÉBITO(S):						
EXISTE(M) 002 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 183,01						
VENCIMENTO	15/08/2018	VALOR R\$	54,55			
AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, PAGFACIL E CORREIOS; REAJUSTE TARIFÁRIO DE 3% SOBRE AS CATEGORIAS MEDIAS, CONFORME DECRETO 799/2017. É PROIBIDO O DESPEJO DE ÁGUAS SERVIDAS NA RUA, CONFORME LEGISLAÇÃO AMBIENTAL.						
CONSUMIDOR						
SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-560 CNPJ: 06.451.633/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290 www.sasesgarn.com.br						
0035608.7	CINTIA CORDEIRO DE LIMA	VALOR R\$	07/2018	54,55		
VENCIMENTO	15/08/2018					
0035608.07.18.180193640 828400000004 54556416003-1 58080718180-8 19364000004-1						
						

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**  
 17 OUT 2018

**PROTÓCOLO**  
 AG.: NATAL

20/09/2018

2a Via de Fatura

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 159, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráfitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**

ANTONIO ANTONINO DE FREITAS  
CPF: 057.363.744-04

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA TRIVADOR GUIMERCINDO BARAINA 701  
VILA DAS DUNAS  
PAJUCARA/AREA URBANA  
59122-740 NATAL/RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

DATA DE VENCIMENTO  
**30/08/2018**TOTAL A PAGAR (R\$)  
**132,72**DATA EMISÃO DA NOTA FISCAL  
23/08/2018DATA DA APRESENTAÇÃO  
23/08/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL  
011550968

Série: U.

CONTA CONTRATO  
000163931010Nº DO CLIENTE  
300002068Nº DA INSTALAÇÃO  
000089577

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F7A1.E69A.21CB.1997.EF10.8C59.00C9.DF6F

## DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	160,00	0,64322408	102,61
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,70
Contribuição Iluminação Pública			12,73
Multa por atraso-NF 058427558 - 25/06/18			3,12
Juros por atraso-NF 058427558 - 25/06/18			2,18
Atualização IGPM-NF 058427558 - 25/06/18			1,08
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>132,72</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
113,61	18,00	20,44	113,61	1,29	1,46
			113,61	5,98	6,77

Consumidor(a) não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Diário	Valor
31/07/18	23/08/18	103,82

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com obrigatoriedade nacional. Esse cancelamento não substitui o arreio da dívida anterior, bem como não afazendo débitos em discussão judicial que posteriormente serão cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,64322408	xWh	
AGOSTO	18	160	
JUL	18	129	
JUN	18	231	
MAI	18	97	
ABR	18	177	
MAR	18	146	
FEV	18	196	
JAN	18	153	
DEZ	17	134	
NOV	17	135	
OUT	17	156	
SET	17	156	
AGO	17	141	

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	NP	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00030012130988718	CAT	24/07/2018 8:17:18	23/08/2018 8:331:08	30	1,00020	0,00	160,00	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/08/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META VENCAL	META TRAM	META ANUAL
Jun/2018					
DIC-No de hora sem Energia	POTENCI	0,00	6,87	10,10	26,38
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,60	13,28
DMC-Duração máxima de Interrupção-estimativa		0,00	2,99	0,30	0,02
OCII-Occorrido de Interrupção em dia crítico			Limite DICRE: 12,22		
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,00					

Para consumidor pode solicitar a aplicação da taxa adicional DIC, FIC, DMC e OCII quanto ao tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comercializadoras: inmetro linco da cunha lima, pajucara / francisco lopes  
brindade me: av moema sinco da cunha lima,2965, pajucara lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de fornecimento.  
Pago, em atraso, gera multa 10% (Res414/ANEEL), Juros 15% (mln) 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO
	MÁXIMO
220	202
	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESAQUE AQUI

CUNTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000163931010	08/2018	132,72	30/08/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

8385000000016 327200384008 163931010203 011245643139



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



http://

1/1



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.394.644-02 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário LEONARDO DA MARSALTO S. SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.525.559-36 do sinistro de DPVAT cobertura ENVALOR da Vítima LEONARDO DA MARSALTO S. SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.525.559-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios

CNH, comprovante de residência, COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 OUT 2018

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua Francisco Gomes de Souza</u>	<u>701</u>	<u>954</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PAJUCARA</u>	<u>PESSOA</u>	<u>RN</u>	<u>59.122-740</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	(89) 99820-5552

Natal RN, 16 de outubro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LENILSON CORDEIRO DE LIMA

RG nº 0484022019, data de expedição 17/12/2013  
Órgão DETRAN RN, portador do CPF nº 068.743.384-39, com  
domicílio na cidade de S. GONÇALO DO AMARANTE, no Estado de  
RN GRANDE NORTE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA JOSE INACIO FERNANDES, nº 01,  
complemento JARDINS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA cujo o condutor era  
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESZ  
Ano: 2012  
Placa: 07F 4796  
Chassi: 9C2KC1670CR 601500  
Data do Acidente: 08.07.2018  
Local e Data: S. GONÇALO DO AMARANTE RN - 02.08.18

Lenilson Cordeiro de Lima  
Assinatura do Declarante

Leonardo do Nascimento Silva  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ  
Prça São Vicente de Paula, nº 72 - Igapó - Niterói - CEP: 24210-000  
(22) 217-0001 / (22) 3214-6510

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: LENILSON CORDEIRO DE LIMA (030239) e LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (180335). VALOR FOMENTE COM TÍTULO AUTORIZADO.

NATAL/RN, 2 DE AGOSTO DE 2018 14:52.

Alberto Magnus H. de Mora - Escrivão Autorizado

Op 19  
EMOL R\$5,67  
ISSCN R\$0,26



FIRMA 1  
AJB-073484

FIRMA 1  
AJB-073485





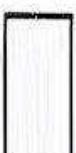
GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA DE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GUNDEL  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

980

ENCAMINHAMENTO

Silva

PACIENTE:	Leonardo do Nascimento	SENHA:
DIAGNÓSTICO	HTN e	
SETOR DE ORIGEM	HWB	
AUDITOR AUTORIZADOR		
DESTINO	HDM	
DATA	09/07/18	
RECEPÇÃO PELO HOSPITAL		





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN  
NC 330

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 31

HMWG

NOME: Jeronimo do Nascimento Silva  
IDADE: 07/08/86 COR: Pecúia SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: Dos Brancos PROFISSÃO: Mecânico PROCEDÊNCIA: Ortopedia  
ENDEREÇO: Rua Maria da Costa, 100, Centro, Parnamirim, Rio Grande do Norte  
CIDADE: Parnamirim DATA: 01/07/18 HORA: 09:17

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) Fractura com fratura -  
descol. tornozelo d.

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura - luxac. tornozelo d.

**SUS**Lançamento para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 1157 / 2018**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **82735 LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**Prontuário: **980**

CNS: 709607614170876

Nascimento: 07/08/1986 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

Pai:

**ay128071**

Endereço: RUA MARIA DA COSTA LEITE, 1 - CIDADE DAS FLORES - SAO GONCALO DO AMAR Fone: 988430511 /

Município: SAO GONCALO DO AMARANTE Código Municipal IBGE: 241200 UF: RN CEP: 59294-405

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MID  
FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO  
BOA PERFUSAO DISTAL

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:



## RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S82.4 FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]\*408050578. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOL

Profissional Solicitante / Assitente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 09/07/2018

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

- ( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizado: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**Nº Autorização da AIH:**

SUS  
SISTEMA  
ÚNICO DE  
SAÚDESistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES  
3515168

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

## Identificação do Paciente

5- PACIENTE

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
161475

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

709 6076 1417 0876

8- DATA DE NASCIMENTO

07/08/1986

9- SEXO

MASCULINO

10- RACACOR

11- NOME DA MÃE

MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

12- FONE DE CONTATO  
99912-8271

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CINTIA CORDEIRO DE LIMA (ESPOSA)

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA MARIA DA COSTA LEITE, CS 01, QD 16

16- MUNICÍPIO

SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

JARDIM PETROPÓLIS

18- UF

RN

19- CEP

59294-405

## Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Traço de corte profundo - fez a cor do  
cordogito D

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

emergencia

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

ax

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Profund - fez a cor do  
cordogito D

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ortopedia e Traumatologia

CRIMINALIZADO - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- P. O. ÓRGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

09698-9  
CONFIRA COM ORIGINAL  
Med. Dr. Alvaro  
S. Pailler



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO:	PRONTUÁRIO		
		161475		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
10/07/2018	11:39			
PACIENTE				DATA DE NASCIMENTO
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA				07/08/1986
ESTADO CIVIL	PROFISSAO			
CASADO	AGRICULTOR			
ENDERECO (RUA, Nº)				
RUA MARIA DA COSTA LEITE, CS 01, QD 16				
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP	
SAO GONÇALO DO AMARANTE	JARDIM PETROPÓLIS	RN	59294-405	
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE			
FILIAÇÃO				
MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA	MARIO EPIFANIO DA SILVA			
RESPONSÁVEL	TELEFONE			
CINTIA CORDEIRO DE LIMA (ESPOSA)	99912-8271			
ENDERECO				
O MESMO				

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO:

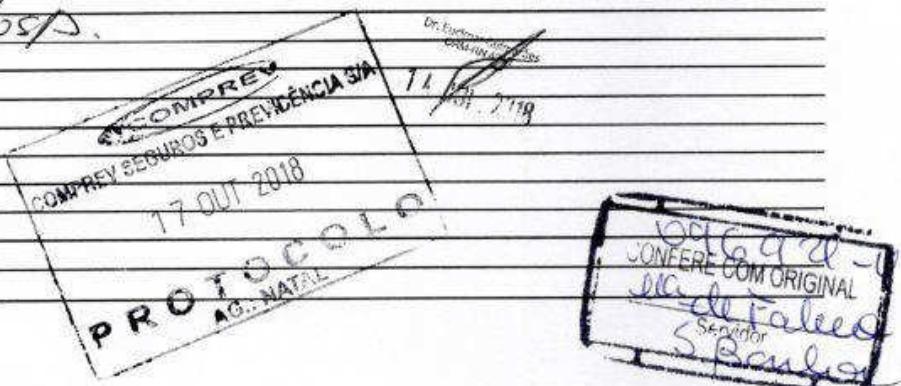
ALTA

14-07-2018

OBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

14/7/18 10:00  
Alta Hostp.





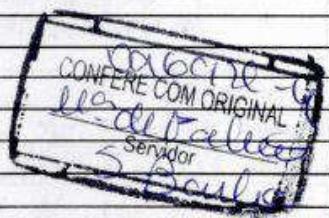
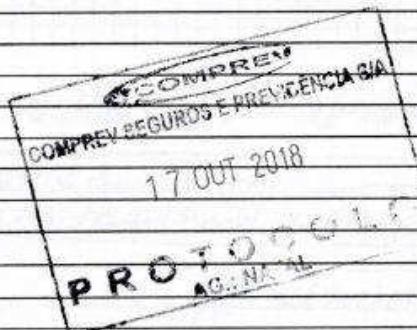
Nome do paciente		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		
Fractura do periósteo D (vértebra)		
Int. Cir. de fratura perióstica D		
Diagnóstico pós-operatório		
Omeis		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Abordagem retráctil, anteroposteriormente, com exposição da articulação sacroiliaca direita e realização da osteotomia de Hohmann e fixação com placas e parafusos. Fechamento perfeito. Controle de sangramento.

Dr. Edimar M. Baratas  
CRM - 942  
Ortopedia-Traumatologia



**CLÍNICA  
OITAVA ROSADO**

*Lendo Fádico*

# Nome: LEONARDO DO NASCIMENTO SIlva  
Idade: 32 anos

- # Segundo de Trauma em TNZ direito (futuro)
- # Pouco tempo depois motociclista no dia 09/07/18 e rodou com folhas de madeira  
lateral direito.
- # Devido os ferimentos houve resquício definitivo  
de flexo/extensão do pé/direito em 25%.

# Ato: media

# CIO: 582.6

Dr. Tiago Andrade Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6224

Dr(a): \_\_\_\_\_

Data: 11/10/18

**MOSSORÓ:**

Rua Juvenal Lamartine, 119  
Centro  
Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901

**ASSU:**

Av. Senador Ivo Câmara, 1304  
Centro  
Fone: (84) 3331-4994

**PARNAMIRIM**

Av. Bela Parnamirim, 880  
Vila Nova

**NATAL:**

Av. Presidente Medice, 256 - Igapo - Zona Norte  
Fones: (84) 3614-9655 / 3651-0568  
Av. Capitão Mar Gouveia, 880 - Cidade da Esperança







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
SERIAL 001.625.711

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 08/04/2018

NOmE ANTONIONE DE FREITAS

FILIAÇÃO

ANTONIO ANTONINO DE FREITAS  
FATIMA PEREIRA DE FREITAS

NATURALIDADE

NATAL - RN

DATA DE NASCIMENTO 14/12/1979

DOC. DEPENDENT

001. DE NASCIMENTO I-4200 F-05 RG-46261

NATAL - RN-5 CARTORIO

CPF 008.347.644-07

ASSINATURA DO DIRETOR

LEMANIO 16 DE 29/08/03

DIRTOR GEN.

2a. VIA



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PRN** N° 013702850669  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	RENAVAM	INTRO	EXERCÍCIO
2	00483194034	*****	2017
LENTILSON CORDEIRO DE LIMA			
CPF/CNPJ	PLACA		
068.743.384-39	OJT4796		
PLACA ANTOU	CHASSI		
OJT4796/RN	9C2KC1670CR601500		
TIPO DE VÍO			
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APlicaVEZ ALCOOL-GASOL			
MARCAS/NOBRELO		ANO/FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI		2012	2012
CAP/POT/OL	MARCA	COR PREDOMINANTE	
CCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VEN.	VENC./COTAS	
P R\$ 0,00	08/05/2017	T <sup>a</sup>	PAGO
V FADA LIMA	PARCELAMENTO/COTAS	2 <sup>a</sup>	PAGO
A 002855 3X	R\$ 20,99	3 <sup>a</sup>	PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IRF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			
OBSErvACOES			
MOTOR: KC16E?C601500			

DENATRAN

ATENDESSIMOS O SEU PEDIDO SUA CARGA A PRESENÇA  
USUÁRIOS POR MEIO DE AUTOMÓVEIS DOCUMENTOS DE  
+1000000 SER SOLICITADOS NOSSOS TERMOS DO ANEXO A  
SAC DPVAT 0800 022 1204

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	15/03/2018	
RENAVAM	MARCA / NOBRELO	
00483194034	HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO/FAB.	NP CHASSI	
2012	9C2KC1670CR601500	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	GUSCIO DO SEGURO (R\$)
0,00	0,00	0,00
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.246.008/0001-14

5-2018

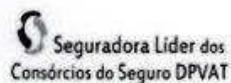
Agência: 2010 Ponteji

Conta: 013-00153141-9

Cliente: Leomundo do Nascimento Silva



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377462/18

**Vítima:** LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 081.525.554-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/07/2018

LEONARDO DO  
NASCIMENTO SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA : 081.525.554-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2018  
Nome: ANTONIONE DE FREITAS  
CPF: 008.347.644-07

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANTONIONE DE FREITAS

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180487288      **Cidade:** Poço Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA    **Data do acidente:** 08/07/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 23/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXAÇÃO).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO 11/10/2018, ASSINADO POR DR.TIAGO ANDRADE RODRIGUES,CRM:6224 , DA CLÍNICA OITAVA ROSADA.

### 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante:

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,  
Nº 01, Bairro JARDINS, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua NATAL 02, CEP 59.100-000, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE, Município de S. G. DO AMARANTE, CEP 59.299-905, portador (a) do RG nº 002.781.854, SSP/ RN e CPF nº 081.625.554-36.

Outorgado:

Antônio S. DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à Rua TRAV. GUINGA/NOO SARAVAN nº 7-1, Bairro PRAZUCA, Município de NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE, CEP 59.122-780, portador (a) do RG nº 026.869.35172, SSP/ RN e CPF nº 008.397.699-07.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA, ocorrido em 08/07/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NATAL RN, 02 de AGOSTO de 2018

Leonardo do Nascimento Silva  
Outorgante  
CPF Nº 081.625.554-36



OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ  
Praça São Vicente de Paula, nº 02 - Igapó - Natal/RN - CEP 59.300-000  
Tel/Fax: (084) 3314-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de:  
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (189335). VÁLIDO SOMENTE COM SELO  
AUTENTICIDADE

NATAL/RN, 2 DE AGOSTO DE 2018, 14:52.

Alberto Magnus H. de Moura, Escrivão Autorizado

FIRMA  
AJB - 07/3/18

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377462/18

**Vítima:** LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

**CPF:** 081.525.554-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/07/2018

**Titular do CPF:** LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA : 081.525.554-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2018  
Nome: ANTONIONE DE FREITAS  
CPF: 008.347.644-07

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANTONIONE DE FREITAS

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA