



Número: **0815333-95.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>WALDEBAM OLIVEIRA CRUZ (AUTOR)</b>	<b>JANAYNA MARIA ALVES BEZERRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42110 227	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
42110 495	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>Protocolo de DPVAT Administrativo</u></a>	Outros documentos
42110 519	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>Ficha de encaminhamento</u></a>	Outros documentos
42110 543	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>Documento de Veículos</u></a>	Outros documentos
42110 560	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>Boletim de Atendimento</u></a>	Outros documentos
42110 584	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>BO</u></a>	Outros documentos
42110 606	22/04/2019 10:34	<a href="#"><u>Autorização de procedimentos Ambulatorios</u></a>	Outros documentos

Segue em anexo petição inicial e documentos diversos

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053825/18

Vítima: WALDEBAM OLIVEIRA CRUZ  
CPF: 120.316.741-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/05/2016

Titular do CPF: WALDEBAM OLIVEIRA CRUZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JANAYNA MARIA ALVES BEZERRA : 073.999.814-50

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação  
Procuração

#### WALDEBAM OLIVEIRA CRUZ : 120.316.741-53

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.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/02/2018  
Nome: JANAYNA MARIA ALVES BEZERRA  
CPF/CNPJ: 073.999.814-50

JANAYNA MARIA ALVES BEZERRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/02/2018  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA





Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de São José de Mipibu  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Barão de Mipibu, nº 42, Centro, São José de Mipibu  
CNPJ/MF 08.365.850 / 0001-03

### FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE
NES Arca Pecuária	Oftalmologia
NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
Vanessa Oliveira Cruz	26/02/1958
NOME DA MÃE	
ENDEREÇO	Arcas Pecuária
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F( )	CPF
	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
	MUNICÍPIO DE ORIGEM

### RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

(paciente sofre dor de olho que sofre fracoza  
no olho)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	M. Corrêa de Souza Clínica Médica CRM 1572	PRIORIDADE 1( ) 2( ) 3( )
LOCAL E DATA DE SOLICITAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	
J. Braga, 09/02/16		
PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO		
UNIDADE EXECUTANTE:	PRONTUÁRIO DE EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR.	DIA	HORA

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA	
NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO	CID
CONDUTA ADOTADA	
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA
A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.	

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

**DETAN - RN 9939/0938 N° 012528769620**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00120378477	*****	2016

NOME

EDILIANO LEONARDO DA ROCHA ALVES

CPF / CNPJ	PLACA
017.412.494-57	MRE0961

PLACA ANT / UF	CHASSI
MRE0961/RN	9C2JC30708R253233

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NAO APPLICAVE	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 125 FAN	2008	2008
CAP / FOT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV / 124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

I	R\$ 0,00	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
P	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	1º PAGO
V	002811 3K	R\$ *****	2º PAGO
A			3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETAN: PAGO	DPVAT: PAGO		

OBSERVAÇÕES

**MOTOR: JG30E78253233 DE PORTE OBRIGATÓRIO**  
**NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA**

LOCAL	DATA
SAO JOSE DE REIS/PI	11/05/2016

Detran do Estado do Rio de Janeiro  
Departamento de Registro de Veículos  
DETAN - RN  
EXPEDIDOR

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DF-VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**RN N° 012528769620 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	11/05/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	017.412.494-57	MRE0961

RENAVAM	MARCA / MODELO	
00120378477	HONDA / CG 125 FAN	
ANO FAB.	CAT. FAR. I	NR CHASSI
2008	9	9C2JC30708R253233

PRÊMIO TARIFÁRIO	FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO	COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

HOV/2016

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

7) - One grain + methine +  
insects. <sup>15</sup> ~~18~~

02 - 07/07/1975 - 01  AM

03 - 5 6.5% — 1.000 l / €

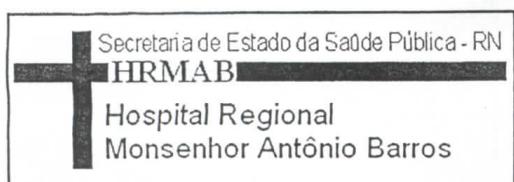
24 - ob mit y : for 2nd. ♂

n. Wolverine 500 + nat d. 103

DATA: 15/05/16

MÉDICO: EP

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



2.042

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME:	Waldelam Oliveira Cruz	Nº DOC.:	14089506				
DN:	26/01/52	SEXO:	Cravado	E. CIVIL:	Casado	PROFISSÃO:	Aposentado
NOME DA MÃE:	Yorilda Oliveira Cruz						
ENDEREÇO:	Rua Natal - nº 1025	BAIRRO:	Centro				
PONTO DE REFERÊNCIA:		FONE / CONTATO:					
CIDADE:	SJM	DATA:	14/05/16	HORA ENT.:	18:30h		
SUS:	700 0034 0846 8004	CEP:	59.162-000				

#### CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- ( APARENTEMENTE BEM    ( REGULAR    ( C/ DISPNEIA    ( CHOCADA    ( COMATOS  
 ( C/ HEMORRAGIA    ( EM CONVULSÃO    ( POLITRAUMATIZADO    ( AGITADO  
 ( OUTROS \_\_\_\_\_ ALEGANDO ACIDENTE DE TRABALHO ( SIM ( NÃO

História – Causa Eficiente de Lesão (ALEGADA)

HORA A: \_\_\_\_\_

*Alcoolizado    t    grande    d. moto*

Exame Físico – Lesão ou Afecções Encontradas

*Mu. rica pés    alternares    m    fer.,  
 m. d. a. m. s.,    leucop.    m    p'    dn.*

MmHg: 130x82    pulso:    respiração:    temperatura:

Diagnóstico provisório:

030106006-1

*Urgente dia.*

03.01.10.001-2

SAÍDA: DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

- ( ALTA  
 ( TRANSFERÊNCIA – DESTINO: \_\_\_\_\_  
 ( ÓBITO – DESTINO: \_\_\_\_\_



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU-RN  
Rua Bela Vista, nº. 305, Centro, São José de Mipibu/RN, Fone (84) 3273-2209.

## BO 2045/16

São José de Mipibu/RN, 20 de outubro de 2016 às 8:40

### NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Lesão de Corporal Culposa ( Acidente de trânsito )

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Avenida Santa Elisa, Areia Branca, São.José de Mpibu-RN

DATA E HORA DO FATO: 14 de maio de 2016 por volta das 18:00

### COMUNICANTE: Waldebam Oliveira Cruz RG. 14089506 SSP.SP

FILHO DE: José Cruz Sobrinho e de Jovita Oliveira Cruz

DATA NASC.26.1.1952 NATURAL DE: São Mamede/SP

ENDERECO: Avenida Santa Elisa, Areia Branca, São José de Mpibu-RN

CPF: 120.316.741-53

Profissão: COMERCIANTE-APOSENTADO Telefone:9468-5290

### Suposto Autor do Fato: Prejudicado

**HISTÓRICO:** O comunicante informou que estava pilotando sua motocicleta de marca Honda CG 125 fan, de cor preta, ANO 2008/2008, RENAVAN 00120378477, PLACA NYR 0961, CHASSI 9C2JC30708R253233, registrado em nome EDIJANIO LEONARDO DA ROCHA ALVES, bem próximo a sua casa na localidade de Areia Branca, município desta cidade, quando um animal atravessou na frente de sua motocicleta e ele perdeu o controle da motocicleta; QUE, colidiu com o muro e foi socorrido pelos seus familiares ao hospital regional desta cidade; QUE as escoriações foram todas do lado direito, foi submetido a procedimento cirúrgico e ainda se encontra com o joelho direito inchado pela SAMU para o hospital Deoclécio Marques em Parnamirim e sofreu uma lesão no joelho Nada mais.

Providências Adotadas: Entrega de 1ª deste BO ao comunicante para dar entrada no Seguro DPVAT.

Comunicante

APC Ana Andressa  
Mat.170.188-6

## AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

**90120**

### UNIDADE SOLICITANTE

Nome: CENTRO DE REFERENCIA	Cod. CNES: 2560127	Op. Solicitante: CENTRAL2SJM	Op. Autorizador: CENTRAL2SJM	Op. Videofonista:
-------------------------------	-----------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------

### UNIDADE EXECUTANTE

Nome: CENTRO DE REFERENCIA	Cod. CNES: 2560127	Número: S/N	Complemento: ---	Bairro: CENTRO
Endereço: RUA BOMFIM		CEP: 59162-000		Município: SAO JOSE DE MIPIBU - RN
Telefone: (84) 3273-2488				Data e Horário de Atendimento: <b>QUA • 28/09/2016 • 07:00hrs</b>
Profissional Executante: RODRIGO JOSE FERNANDES CABRAL				

### DADOS DO PACIENTE

CNS: 700001408458004	Nome: WALDEBAM OLIVEIRA CRUZ	Nome Social / Apelido: ---	
Nome da Mae: JOVITA OLIVEIRA CRUZ	Sexo: MASCULINO	Data Nascimento: 26/01/1952	Idade: 64 anos
Tipo Sanguíneo: ---	Raça: BRANCA		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Naturalidade: SAO MAMEDE - PB		
Tipo de Logradouro: AVENIDA	Nome do Logradouro: NATAL	Número: 1025	Complemento: ---
Bairro: QUEBRA FUZIL	Município de Residencia: SAO JOSE DE MIPIBU - RN	CEP: 59162-000	
Telefone(s): (84) 9468-5290 (Exibir Lista Detalhada)			

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: <b>176492575</b>	Data de Solicitação: 26/08/2016	Data de Aprovação: 26/08/2016	Vaga Solicitada: 1ª Vez	Vaga Consumida: 1ª Vez
CPF Profissional Solicitante: 737.258.204-06	Professional Solicitante: ANA KARINA DA SILVA MOURA			
Diagnóstico Inicial: EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO RELATADO		CID: 200	Classificação de Risco: AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO	
Procedimentos Autorizados: CONSULTA EM ORTOPEDIA		Cod. Unificado: 0301010072	Cod. Interno: 2300025	

Data da Extração dos Dados: 26/08/2016 10:12:20