



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	
WALDEBAM OLIVEIRA CRUZ (AUTOR)		JANAYNA MARIA ALVES BEZERRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42110 227	22/04/2019 10:34	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
42110 495	22/04/2019 10:34	<a href="#">Protocolo de DPVAT Administrativo</a>	Outros documentos
42110 519	22/04/2019 10:34	<a href="#">Ficha de encaminhamento</a>	Outros documentos
42110 543	22/04/2019 10:34	<a href="#">Documento de Veículos</a>	Outros documentos
42110 560	22/04/2019 10:34	<a href="#">Boletim de Atendimento</a>	Outros documentos
42110 584	22/04/2019 10:34	<a href="#">BO</a>	Outros documentos
42110 606	22/04/2019 10:34	<a href="#">Autorização de procedimentos Ambulatorios</a>	Outros documentos

Segue em anexo petição inicial e documentos diversos

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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.

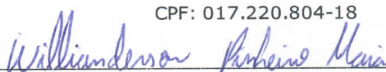
#### Portador da documentação entregue

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

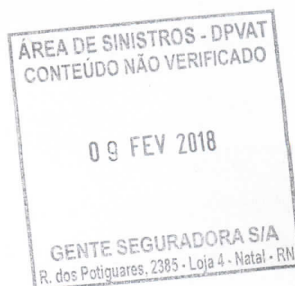
JANAYNA MARIA ALVES BEZERRA

#### 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 <i>HCS Azua (Pauze)</i>		ESPECIALIDADE <i>Ortopedia</i>	
NOME DO PACIENTE <i>Valaques Oliveira Cruz</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>26.1.02.1952</i>	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO <i>Azua Pauze</i>			
SEXO M ( <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) <i>(Paciente sofreu acidente com fratura no joelho).</i>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<i>Carise de Souza Clínica Médica CRM 1572</i>	PRIORIDADE 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
LOCAL E DATA DE SOLICITAÇÃO <i>A. Pauze, 09.08.16</i>	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO) <i>[Assinatura]</i>	

### 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**

DETRAN - RN 9939/0938 Nº 012528769620  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME

EDILANIO LEONARDO DA ROCHA ALVES

CPF / CNPJ

017.412.494-57

PLACA

MYR0961

PLACA ANT. / UF

MYR0961/RN

CHASSI

9C2JC30708R253233

ESPÉCIE TIPO

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2008

CAP. / POT. / CIL

OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

RS 0.00

VENC. COTA ÚNICA

11/05/2016

VENC. / COTAS

1º PAGO

FADIA I.R.V.A.

002811 3X

PARCELAMENTO / COTAS

RS \*\*\*\*\*

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

NOTOR: JC30E78253233 DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ASSINATURA DO DETRAN

SÃO JOSÉ DE RIBU/RN

DATA

11/05/2016

Coordenador de Registro de Veículos

DETRAN - RN

EXPEDIENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 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

2016

DATA EMISSÃO

11/05/2016

VIA

1

CPF / CNPJ

017.412.494-57

PLACA

MYR0961

RENAVAM

00120378477

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

2008

CAT. TARE

9

Nº CHASSI

9C2JC30708R253233

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (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)

NOV/2015

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Omeprazole 20mg + metoclopramide 10mg  
C 19/5  
Sufocel

02 - Voltaren 75mg - 01  
Sufocel

03 - S 6.5% - 1.000 L EV.

04 - 05 mg/kg! por 02h. II

05 - Naproxeno 500 + metoclopramide 10mg

DATA: 14/05/16 MÉDICO: lp

DATA: 14/05/16

MÉDICO: 

[illegible]

+

Secretaria de Estado da Saúde Pública - RN

**HRMAB**

Hospital Regional

Monsenhor Antônio Barros

2.042

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: <u>Waldemar Oliveira Cruz</u>		Nº DOC.: <u>14 08 95 06</u>	
DN.: <u>26/01/52</u>	SEXO: <u>masculino</u>	E. CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>Aposentado</u>
NOME DA MÃE: <u>Yvete Oliveira Cruz</u>			
ENDEREÇO: <u>Av. Natal - nº 1025</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>	
PONTO DE REFERÊNCIA: _____		FONE / CONTATO: _____	
CIDADE: <u>SJM</u>	DATA: <u>14/05/16</u>	HORA ENT.: <u>18:30h</u>	
SUS: <u>700 00.14 0846 8004</u>		CEP: <u>50.162-000</u>	
<b>CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO</b>			
<input type="checkbox"/> APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> C/ DISPINEIA <input type="checkbox"/> CHOCADA <input type="checkbox"/> COMATOS <input type="checkbox"/> C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____ ALEGANDO ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
História – Causa Eficiente de Lesão (ALEGADA) HORA A: _____ <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> <u>queda de moto</u> </div>			
Exame Físico – Lesão ou Afecções Encontradas <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> <u>nenhuma lesão encontrada</u> </div>			
MmHg: <u>130x80</u>	pulso: _____	respiração: _____	temperatura: _____
Diagnóstico provisório: <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">030106006-1</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">03.01.10.001-2</div>			

**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 Mipibu-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

ENDEREÇO: Avenida Santa Elisa, Areia Branca, São José de Mipibu-RN


CPF: 120.316.741-53

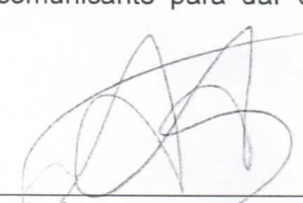
Profissão: COMERCIANTE-APOSENTADO Telefone: 9468-5290

#### **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.

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

### UNIDADE EXECUTANTE

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

### DADOS DO PACIENTE

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Data de Solicitação:	Data de Aprovação:	Vaga Solicitada:	Vaga Consumida:
<b>176492575</b>	26/08/2016	26/08/2016	1ª Vez	1ª Vez
CPF Profissional Solicitante:	Profissional Solicitante:			
737.258.204-06	ANA KARINA DA SILVA MOURA			
Diagnóstico Inicial:	CID:	Classificação de Risco:		
EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO RELATADO	Z00	AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO		
Procedimentos Autorizados:	Cod. Unificado:	Cod. Interno:		
CONSULTA EM ORTOPEDIA	0301010072	2300025		

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