



Número: **0850981-10.2017.8.20.5001**

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: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS GRACAS DA SILVA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13018440	01/11/2017 15:01	Petição Inicial	Petição Inicial
13018530	01/11/2017 15:01	04 DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
13018543	01/11/2017 15:01	05 BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
13018558	01/11/2017 15:01	06 BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO	Documento de Comprovação
13018567	01/11/2017 15:01	07 LAUDO	Documento de Comprovação
13018577	01/11/2017 15:01	08 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação

Petição inicial em anexo.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA, brasileira, casada, doméstica, inscrita no CPF/MF sob o nº 035.063.934-56, portadora da cédula de identidade nº 2.705.246 SSP/RN, com endereço situado na Avenida Senador Carlos Alberto, nº 171, Nossa Senhora da Apresentação, CEP: 59114-185, Natal/RN, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Natal/RN, 1 de novembro de 2017.

x maria das graças da silva

DECLARANTE





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

Página Nº _____
Rubrica _____

Ocorrência nº 131/16

Versando sobre: Acidente de trânsito (com lesão)

Data do Fato: 24/10/2016

Hora do Fato: 09:00

local: Rua Juradyr Sitaro da Costa / Condomínio Porto Boulevard / Neópolis / natal - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO
COMUNICANTE

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA, R.G. 002705246, C.P.F. 035.063.934-56, brasileiro(a), doméstica (do lar, casado(a), natural de Apodi-RN, com 49 anos e nascido aos 09/04/1967, filho(a) de Cícero Pereira da Silva e de Severina da Silva, residente e domiciliado(a) à Avenida Senador Carlos Alberto, 171, Nossa Senhora da Apresentação, Natal-RN, telefone(s) (84) 98846-2960

HISTÓRICO

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA narra que no dia 24 de outubro de 2016, por volta das 09 horas fora atropelado por veículo (dados baixo mencionado), na calçada do condomínio (Porto Boulevard) que trabalha. O condutor do veículo realizava a manobra de marcha à ré e não percebera sua presença atrás do veículo, vindo a provocar o atropelamento. Com o impacto do acidente caiu ao solo. Informa ainda que foi socorrida por familiares do condutor do veículo "atropelador" no local e na sequência encaminhada ao hospital Municipal de Natal.

DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS:

1. Entrada do hospital nº 18
2. RG (copia/anexo)
3. Comprovante de Residência (copia/anexo)

Complexo de Delegacias Especializadas - Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis - Natal - RN - (84) 3232-6398/

PolOffice





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

Página Nº _____
Rubrica _____

DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OKB3054 Renavam: 538955627

Tipo: Veículo Chassi: 93YHSR6R3DJ690894

Cor: Branca Marca: RENAULT/DUSTER 20 D 4X4

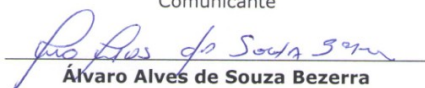
Ano/Modelo: 2013/2013 Proprietário: RAFAEL CARVALHO DOS ANJOS

Endereço do Proprietário: Jurandir Sitaro da Costa / Neópolis / Natal / RN

CEP 59.086-647



MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
Comunicante



Álvaro Alves de Souza Bezerra
Policial Civil
Matrícula: 170.186-0

Natal, 18 de Novembro de 2016.



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 49 amo

IDENTIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE:		<input type="checkbox"/> Clínica Médica		<input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia		<input type="checkbox"/> Pediatria		Nº 18.		
	DATA: 24/10/86		HORA: 9:15								
	CARTÃO SUS:										
	NOME: Maria dos Anjos da Silva										
	TELEFONE(S) 99986.2906		SEXO: F		ESTADO CIVIL: -X-		DT NASC.: 9.03.67				
	CPF:				RG:						
	NOME DA MÃE: -X-										
	ENDEREÇO: R. Imaculada Carlos Alberto								Nº 178		
	BAIRRO: N. S. A.				CIDADE: Natal		UF: RN				
	PROCEDÊNCIA:										

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO						
HISTÓRICO PATOLÓGICO									
Comorbidades									
Uso de Medicamentos/Dia									
Alergia Medicamentosa/Qual									
ESTADO GERAL									
Aparentemente BEM	Consciente	Orientado	Sinais de Agravamento						
REGULAR	Politraumatizado	Hemorragias	Agitação						
GRAVE	Dispnéia intensa	Convulsão	Preordialgias						
Outros									
QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO/ SINAIS VITAIS/ EXAME FÍSICO)									
PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENSA
QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)									
<div style="position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 100%; height: 100%; background-color: #f0f0f0; border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p>Juvenio de Paiva Amorim Hospital Municipal de Natal Nº 12.759</p> </div> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 100%; height: 100%; background-color: #f0f0f0; border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p>Juvenio de Paiva Amorim Hospital Municipal de Natal Nº 12.759</p> </div> </div>									
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ COR								ENFERMEIRO/ COREN	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO									
<p><i>Transtorno de humor e afeto. Refere acidente automobilístico (nc). Col e ecclia esoforo e.</i></p>									
EXAMES COMPLEMENTARES									
<p><i>nc esoforo e</i></p>									
DIAGNÓSTICO									
<p><i>Froking e e e e e</i></p>									
CID 10						MÉDICO/ CRM			




DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO																																											
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">tole exito relunap 09-30</p> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Jovencio 75-24</p>																																											
<p><i>Dr. Justino Albrege</i> Médico Especialista em Clínica CRM 3040 - TEST 8870</p>																																											
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM / COREN																																											
<p style="color: blue; font-weight: bold; transform: rotate(-15deg);">CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p style="color: blue; font-size: 0.8em;">Juvêncio de Paula Amorim Hospital Municipal de Natal Mat. 22-255</p> <p style="color: blue; font-size: 0.8em;">HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL Rua Coronel Joaquim Augusto, 654 P. 1º - CEP 50120-001 Fone: 84-3215-0051 CNPJ 12.518.573/0001-70 CRES: 3708926</p>																																											
ANOTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL																																											
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE																																											
GRAU DE PARENTESCO	TELEFONE																																										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">INTERNAMENTO LOCAL</td> <td style="width: 10%;">SIM <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NÃO <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">DATA</td> <td style="width: 10%;">HORA</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA MÉDICA</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>DATA</td> <td>HORA</td> <td>LEITO</td> </tr> <tr> <td>REMOVIDO DO HOSPITAL</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>DATA</td> <td>HORA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRANSFERÊNCIA</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> <td>LOCAL</td> <td>AVALIAÇÃO ESPEC</td> <td>EXAME</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORTE</td> <td>SAMU <input type="checkbox"/></td> <td>FAMÍLIA <input type="checkbox"/></td> <td>OUTRO <input type="checkbox"/></td> <td>SAV <input type="checkbox"/> SBV <input type="checkbox"/></td> <td>UNIDADE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>GRAU PARENTESCO?</td> <td>RESPONSÁVEL POR LEVAR</td> <td></td> </tr> </table>	INTERNAMENTO LOCAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DATA	HORA		CLÍNICA MÉDICA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DATA	HORA	LEITO	REMOVIDO DO HOSPITAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DATA	HORA		TRANSFERÊNCIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL	AVALIAÇÃO ESPEC	EXAME	TRANSPORTE	SAMU <input type="checkbox"/>	FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	OUTRO <input type="checkbox"/>	SAV <input type="checkbox"/> SBV <input type="checkbox"/>	UNIDADE				GRAU PARENTESCO?	RESPONSÁVEL POR LEVAR		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">SERVIÇO SOCIAL / CRESS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MÉDICO / CRM</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ENFERMEIRO / COREN</td> </tr> </table>		SERVIÇO SOCIAL / CRESS		MÉDICO / CRM		ENFERMEIRO / COREN
INTERNAMENTO LOCAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DATA	HORA																																							
CLÍNICA MÉDICA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DATA	HORA	LEITO																																						
REMOVIDO DO HOSPITAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DATA	HORA																																							
TRANSFERÊNCIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL	AVALIAÇÃO ESPEC	EXAME																																						
TRANSPORTE	SAMU <input type="checkbox"/>	FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	OUTRO <input type="checkbox"/>	SAV <input type="checkbox"/> SBV <input type="checkbox"/>	UNIDADE																																						
			GRAU PARENTESCO?	RESPONSÁVEL POR LEVAR																																							
	SERVIÇO SOCIAL / CRESS																																										
	MÉDICO / CRM																																										
	ENFERMEIRO / COREN																																										
ALTA HOSPITALAR																																											
DECISÃO MÉDICA	DATA																																										
CURA	HORA																																										
À REVELIA																																											
A PEDIDO																																											
MÉDICO / CRM																																											
ÓBITO																																											
DATA	HORA																																										
DECLARAÇÃO DE ÓBITO																																											
MÉDICO / CRM																																											
9.4. Óbito: Data: / / Hora: /																																											
Entregue a:	Grau de parentesco:																																										
Família	Qual:																																										
Funerária																																											
Outros																																											
Plantonista Responsável / CRM (pelo óbito)																																											





Atestado do Dr. Eric S. L.

Atente-se ao fato de que o paciente
atendeu ao hospital Municipal
de Natal em 24.10.16. Foi
preto do Cotovelo esquerdo
e/ou direito. Realizou tratamento
conservador e ficou com
limitação de mobilidade
por déficit e redução
do movimento de extensão
do cotovelo.


Márcio Aurélio N. Luz
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 1281
12/01/17

Fones: (84) 3214-2114 | 3662-8477
Av. Benedito Santana, 10 - Conjunto Amarante - São Gonçalo do Amarante-RN



Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

Seguradora Líder-DPVAT A...

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Nova Consulta

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documento Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados
- Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170046464 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DAS GRACAS DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CPF/CNPJ: 03506393456

Posição em 31-10-2017 15:53:49
 Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
01/02/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

14:54
31/10/2017



Assinado eletronicamente por: ERIC TORQUATO NOGUEIRA - 01/11/2017 15:01:34

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110115003119800000012275167

Número do documento: 17110115003119800000012275167