



Número: **0833810-69.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **06/08/2019**

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	
JOVIANO WILKER FERNANDES (AUTOR)		THALES MARQUES DA SILVA (ADVOGADO) EZANDRO GOMES DE FRANCA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56121590	25/05/2020 12:13	Petição	Petição
56121591	25/05/2020 12:13	2647201_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros documentos
56121593	25/05/2020 12:13	2647201_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros documentos

Juntada de impugnação ao laudo pericial.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08338106920198205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOVIANO WILKER FERNANDES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Primeiramente, a fim de atender à solicitação deste juízo, requer a juntada dos inclusos documentos referentes ao requerimento formulado em sede administrativa.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Trecho do laudo:

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão <i>Função</i>	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (X) 75% Intensa
2ª Lesão <i>Função</i>	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais¹.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ².

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Dessa forma, na remota hipótese de condenação, deverá ser respeitado o enquadramento da lesão, bem como a proporcionalidade do grau de invalidez.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 21 de maio de 2020.

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

¹RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

²**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”





PEDIDO DO SEGURO DPV

Comprovação de ato declar.



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 0172173443 Nome completo da vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOVIANO WILKER FERNANDES CPF: 0172173443
Profissão: PEDREIRO Endereço: AV. MAR. MEDITERRÂNEO 1174 Número: 1174 Complemento: PRATOCARA
Bairro: NOVA REPÚBLICA Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59133-010
E-mail: joviano.wilker1983@gmail.com (84) 9-92046010

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0030 013 CONTA: 00078811 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou seu representante legal, assinando
Local e Data: NATAL 24/01/2019
Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES
CPF: 0172173443
(*) Assinatura de quem assiste A RUGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

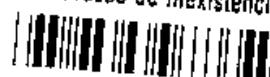
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, C.F.E. E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
---	---	--

Declaracao de Inexistencia



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOVIANO WILKER FERNANDES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 17/05/2018, aproximadamente às 21h08min, na Avenida Guararapes, Potengi, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 204441/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 23 de maio de 2018.

Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 64.096-08

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



cosern **neenergia** Companhia Energética de Rio Grande do Norte
 Rua Mariz, 150, Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.190/0001-41 (Insc. Est. 20555189-0) www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOSE EDSON ALVES
 CPF: 072.161.624-34
 CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 AV. MAR MEDITERRANEO 124 CS-1174
 LOT. NOVA REPUBLICA
 R. B. L. A. A. P. A. URSANA
 NATAL RN
 59133-010

CONTADOR
 0850305234
 DATA DE VENCIMENTO: 12/2018
 DATA DE VENCIMENTO: 10/01/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 21/01/2019
 VALOR: 169,15

COMPROVANTE DE RESIDENCIA
 Comuna Avoa (RN)
 Endereço Bandeira Amarela
 Comuna Avoa (RN)

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
246,0000000	0,81149416	150,43
		0,69
		17,64

TOTAL DA FATURA 169,15

APDO	TIPDOA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PREÇO	CONSTANTE	AJUSTE	COMBUSTIVO (MVA)
000000	CAT	20/12/2018	7012018	20/12/2018	7012018	169,15	1,0000		246,00

Assinatura **Assinatura** **Assinatura**





22/05/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=204441&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 204441/1

Data: 17/05/2018

CHAMADO

TARM: ALCINEIA MARTINIÃO DA SILVA

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

Rádio Operador: VALTEMBERGUE MENESES DE SOUZA

Médico Cena: CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: JOSE MARIA RODRIGUES JUNIOR - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
SALOMÃO WAGNER MORAIS - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MARCELO

Telefone: (84) 99831-1912

Nome do Paciente:

JOVIANO VILKER FERNANDES

Idade: *

36 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas
Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA GUARARAPES

Nº:

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: AO LADO DO GINÁSIO NELIO DIAS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL JOSÉ PEDRO BEZERRA

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X BICICLETA

Quem Solicitou: Guarda Municipal

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

17/05/2018 21:11:25 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X BICICLETA

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/BICICLETA UMA VÍTIMA, PACIENTE QUE PILOTAVA A MOTO. PACIENTE COM ESCORIAÇÕES EM BRAÇO, MÃO E PERNAS. REFERE DOR. PACIENTE AO SOLO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, EM USO DE CAPACETE. ORIENTO QUE NO MOMENTO ESTAMOS SEM VTR DISPONÍVEL E PODERIA DEMORAR O ATENDIMENTO. AÇÃO USB EM COD 2

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
17/05/2018
21:08:15Regulação Médica:
17/05/2018
21:11:25Solicitação VTR:
17/05/2018
21:21:53Saída VTR:
17/05/2018
21:22:36Chegada Local:
17/05/2018
21:29:55Saída Local:
17/05/2018
21:55:07Chegada Destino:
17/05/2018
22:30:17Liberação Destino:
17/05/2018
22:30:18Liberação VTR:
17/05/2018
22:30:19

22/05/2018

10.0.0.100/SSQNatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=204441&Digito=1&ReadOnly=1

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☒ Sim ☐ Não * Não informado

CONDUTA

☒ Atendimento na residência

☒ Conduta VTR

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

17/05/2018 21:54:48 - CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA
QTI HOSP SANTA CATRINA

Conduta Equipe de Enfermagem:

17/05/2018 21:57:22 - COMUNICADOR
TARIM PAULA. TENTANDO CONTATO C O NIR(CELULAR) TEL SO CHAMA, VARIAS TENTATIVAS.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL JOSÉ PEDRO BEZERRA

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

...

Re:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo de entrada:

...

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 204 0073 2410 9265

Nº 78

IDENTIFICAÇÃO	NOME:	Joviano Wilker Fernandes																																							
	RACIA COR:	SEXO:	MASC () FEM ()	D. NASC:	02/03/82	IDADE:	36	ESTADO CÍVIL:	-																																
	ENDEREÇO:	R. Ron mediterrâneo, 1174																																							
	BAIRRO:	Pagueara	CIDADE:	Natal - RN	FONE:	9204-6076																																			
	NOME DA MÃE:	faiz Pereira Fernandes	PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:	-																																					
RG:	-	CPF:	011.721.734-4	DATA:	18/05/18	HORA:	18:11																																		
☐ HIPERTENSÃO; ☐ DIABETES; ☐ INSUF. RENAL; ☐ EPILEPSIA; ☐ ALZHEIMER OUTRAS:																																									
☐ AAS; ☐ DIPIRONA; ☐ DICLOFENACO/AINE; OUTROS:																																									
<table border="1"> <tr> <td>Aparentemente BEM</td> <td>()</td> <td>Consciente/Orientado</td> <td>()</td> <td>Inconsciente</td> <td>()</td> <td>Agitação</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>REGULAR</td> <td>()</td> <td>Aparentemente alcoolizada</td> <td>()</td> <td>Hemorragias</td> <td>()</td> <td>Traumatismo Craniano</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>GRAVE</td> <td>()</td> <td>Respiro c/ dificuldade</td> <td>()</td> <td>Convulsão</td> <td>()</td> <td>Desmaio ou Vômito(s)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Poli-traumatizada</td> <td>()</td> <td>Atropelamento</td> <td>()</td> <td>Colisão</td> <td>()</td> <td>Queda</td> <td>()</td> </tr> </table>										Aparentemente BEM	()	Consciente/Orientado	()	Inconsciente	()	Agitação	()	REGULAR	()	Aparentemente alcoolizada	()	Hemorragias	()	Traumatismo Craniano	()	GRAVE	()	Respiro c/ dificuldade	()	Convulsão	()	Desmaio ou Vômito(s)	()	Poli-traumatizada	()	Atropelamento	()	Colisão	()	Queda	()
Aparentemente BEM	()	Consciente/Orientado	()	Inconsciente	()	Agitação	()																																		
REGULAR	()	Aparentemente alcoolizada	()	Hemorragias	()	Traumatismo Craniano	()																																		
GRAVE	()	Respiro c/ dificuldade	()	Convulsão	()	Desmaio ou Vômito(s)	()																																		
Poli-traumatizada	()	Atropelamento	()	Colisão	()	Queda	()																																		
<table border="1"> <tr> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td>TEMP</td> <td>SPO2</td> <td>HGT</td> <td>PESO</td> <td colspan="2">DOR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>LEVE</td> <td>MODERADA INTENSA</td> </tr> </table>										PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR									LEVE	MODERADA INTENSA														
PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR																																		
							LEVE	MODERADA INTENSA																																	
<table border="1"> <tr> <td>AZUL</td> <td>VERDE</td> <td>AMARELO</td> <td>VERMELHO</td> </tr> </table>										AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO																												
AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO																																						
OBSERVAÇÕES:																																									
Pato: 02/03/82 - CEP: 59.012-330 TEL.: 3215-9857 CNPJ: 24.518.673/0001-70 CNES: 3708828																																									
EXAME FÍSICO: CONFERE COM 015-800-10150 015-800-10150																																									
Rx pulmo @ apto Rx pulmo @ apto Rx loco @ apto																																									
Fratura do escafóide E.																																									
Frederico de O. Lima Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 75174 Membro CRM																																									



1) Talo luva p/ escafoide

2) Ao NIK p/ aquecidos unguis

3) Voltaren 75 mg IM -

Dr. Thales Alacón P. de A. Danta
Ortopedia e Traumatologia
RÉO: 130371 CRM-RN: 6125
CRM-RN: 11.411

CLASSIFICAÇÃO DE FRATURAS F/CH

CINTURA ESCAPULAR (c/ Imob)	03.03.09.012-0	()	METACARPO (c/ Imob)	03.03.09.016-2	()
de COSTELA(S)	03.03.09.014-6	()	MEMBRO INFERIOR (c/ Imob)	03.03.09.020-0	()
PUNHO (c/ Luva gessada)	03.03.09.015-4	X	MEMBRO SUPERIOR (c/ Imob)	03.03.09.022-7	()
LESÃO LIGAMENTAR (c/ Imob)	03.03.09.028-6	()	de LUMBAGO ou DORSALGIA	03.03.09.029-4	()

REDUÇÃO INCRUENTA

LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	04.08.01.013-4	()	04.08.02.016-4 (umero prox)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO COTOVELO	04.08.02.022-9	()	04.08.02.015-6 (PISARIA)	()
LUXAÇÃO/FRATURA LUXAÇÃO do PUNHO	04.08.02.024-5	()	04.08.02.017-2 (PISARIA)	()
FRATURA/LUXAÇÃO MONTEGGIA ou GALEAZZI	04.08.02.018-0	()		()
FRATURA DIAFISE	04.08.02.019-9 (umero)	()	04.08.02.020-2 (antebraço)	()
FRATURA dos METACARPÍANOS	04.08.02.021-0	()	04.08.02.023-7 (MTC/PLG)	()
LUXAÇÃO COXO FEMORAL traumática/ pos artroplastia	04.08.04.019-0	()	04.08.04.018-1 (congenita)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO de ANEL PÉLVICO	04.08.04.020-3	()		()
LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO de JOELHO	04.08.05.026-8	()	04.08.05.027-6 (PATELA)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRATARSO	04.08.05.028-4	()	04.08.05.029-2 (tarsometat)	()
LUXAÇÃO ou FRATURA-LUXAÇÃO do TORNOZELO	04.08.05.021-7	()	04.08.05.022-5 (PISARIA)	()
FRATURA METATARSO	04.08.05.020-9	()	04.08.05.019-5 (MTI/PLG)	()

PROCEDIMENTOS

BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	31403026	()	04.17.01.005-2 (Regional)	()
EXCISÃO de LESÃO e/ou SUTURA de FERIMENTOS da PELE	04.01.01.005-8	()	04.01.02.005-3 (Retalho ou Z)	()
CANTOPLASTIA UNGUEAL	30101948	()		()
RETIRADA de CORPO ESTRANHO	04.01.01.011-2	()		()
Incisão e DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.010-4	()		()
CURATIVO grau II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	()		()
TENOMIOTOMIA	04.08.06.045-0	()	04.08.06.048-4 (tunelossoplástico)	()

INDICAÇÃO DE ENFERMAGEM / CC.FN

RESPONSÁVEL pelo PACIENTE

GRAU DE PARENTESCO

TELEFONE

SERVIÇO SOCIAL / CRESS

INTERNAÇÃO
HOSPITALAR

() leito CIRÚRGICO
() leito CLÍNICA
() leito PEDIÁTRIA
() OBSERVAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DE PATAL
Rua General Joaquim M. - 654 -
Patos - PB - CEP 59.012-330

TEL: 33215337
GRUPO 2-810-33215337
CRESS: 3700229

TRANSFERÊNCIA
HOSPITALAR

HMWG
HDMML
HRP
OUTRO

DATA

HORA

CONFERE COM
SETOR

TRANSPORTE

SAMB
FAMÍLIA
OUTRO

USA ☐ USB ☐ UNIDADE:
GRAU PARENTESCO?

RESPONSÁVEL 2º LEVAR

ALTA HOSPITALAR

DECISÃO MÉDICA
CURA/MELHORA
À REVELIA
A PEDIDO

ÓBITO ()
ENTREGUE A:
FAMÍLIA ()
FUNERÁRIA ()

MÉDICO/CRM

DATA
HORA





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Joviano W Fernandes

Diagnóstico: Pop pseudoartrose do escafoide E

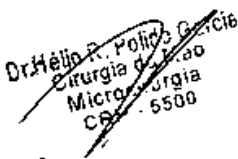
Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em reabilitação.
Evoluiu com consolidação, mas apresenta grande limitação funcional. Não se espera melhora funcional

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga indefinidamente, a critério do perito

CID: M844 / Z98.8

24.01.19


Dr. Hélio R. P. Garcia
CRM 5500


Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200





Hospital Municipal de Natal

Dr. Newton Azevedo

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Execulante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE JOVIANO WILKER FERNANDES.			
Cartão SUS 704 0073 2410 9265	Data de Nascimento 02/03/1982	Sexo ☐ F ☒ M	Idade: 36
RG 213 8030	CPF 011.721.734-43	Telefone(s) 99704 6010	
Responsável Francisco Pereira Fernandes		Tel. 99838 2307	
Endereço Av. Mar Mediterrâneo, nº 1174			
Bairro Poço das Antas	Município Natal	UF RN	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente automobilístico, com fratura em punho E.		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessita cirurgia		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS RX = Fratura escápula E.		
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura escápula E	CID PRINCIPAL	CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO Tratamento cir. fratura escápula	CÓD	
CLÍNICA/LEITO	CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☐ ELETIVO ☐ URGÊNCIA	
MÉDICO SOLICITANTE	CRM	DATA 18-05-18
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO Dr. Tasso Alacón P. de A. Danta Ortopedia e Traumatologia Rég. 15037-1/AM-RN 6715		

PREENCHER EM CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ ACID. TRABALHO	☐ VIOLÊNCIA	☐ OUTROS
ESPECIFICAR: _____			
SOLICITAÇÃO DE OPME- Órteses, Próteses e Materiais Especiais.			
SOLICITAÇÃO			
JUSTIFICATIVA			
AUTORIZAÇÃO		AIH Nº _____	
NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM		
ASSINATURA E CARIMBO	DATA ____/____/____		





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL DR. JOSÉ PEDRO BEZERRA - Hospital Amigo da Criança
Rua Amargari, s/nº, Conj. Santa Catarina, Potengi - Natal/RN - CEP: 59.110-390
CNPJ: 08.241.754/0110-07 - E-mail: rdjb@rn.gov.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME J. V. M. W. R. F. Fernandes

AO HMN/ ORTODONTIA

Paciente vítima de
lesão de MTO:

trocar o per e
remover o aparelho
no dente 6

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manoel, 573
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-400
TEL: 84 3215-0057
CNPJ 24.516.573/0001-70
FONES: 3706822

CONFERE COM
O ORIGINAL
21.504-0

Guilherme Tasso de Andrade Alves
Cirurgia Geral
CRM-RN 6393

Natal

17.05.18

ASSINATURA E CARIMBO



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO INFÂNCIA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO INFÂNCIA

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO INFÂNCIA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO INFÂNCIA



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia – CRM 5500
Cirurgia da mão • microcirurgia • artroscopia

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente JOVIANO WILKER FERNANDES apresenta pseudoartrose do polo proximal do escafoide E e será submetido ao tratamento cirúrgico em 17.07.18. Deverá afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: M84

11.06.18

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JOVIANO WILKER FERNANDES

Solicito:

1. Hemograma
2. Coagulograma
3. Uréia
4. Creatinina

HD: Pré-operatório

OBS: Não há necessidade de jejum!!!!

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Dr. Hélio Garcia
CRM 5500



Trauma Center

C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08
Av Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN
Fone: (84) 4009-8100 - www.traumacenter.com.br

P/ JOVIANO WILKER FERNANDES

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente de nome acima, 36, foi submetido ao tratamento cirúrgico da pseudoartrose do escafóide E em 17.07.18. Segue em acompanhamento ambulatorial. Ainda não realizou a reabilitação adequada. Ainda com limitação de força e mobilidade. Não se espera recuperação funcional total. Deve afastar-se de suas atividades de por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID - 10: - M84 / Z98.8

Dr. Helio Rubens Polido Garcia
Cirurgião de Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Natal, 18/12/2018

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - 5500

Ortopedia & Traumatologia



Documentos de identificação



NOME: JOVIANO WILKER FERNANDES
 DATA DE NASCIMENTO: 22/10/1999
 SEXO: M
 ENDEREÇO: L. VIA
 CIDADE: NATAL - RN
 ESTADO: RN
 DATA DE EMISSÃO: 02/03/1982
 CERT. NASC. Nº. 020230 L. 0252 F. 155
 04 CARTÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO TECNICO DE IDENTIFICACAO
 COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO
 JOVIANO WILKER FERNANDES
 NOME
 DATA DE NASCIMENTO: 22/10/1999
 SEXO: M
 ENDEREÇO: L. VIA
 CIDADE: NATAL - RN
 ESTADO: RN
 DATA DE EMISSÃO: 02/03/1982
 CERT. NASC. Nº. 020230 L. 0252 F. 155
 04 CARTÓRIO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição: 010.721.734-43
 Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES
 Nascimento: 22/10/1999



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040484/19

Vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF: 011.721.734-43

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: JOVIANO WILKER
FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

Outros



JOVIANO WILKER FERNANDES : 011.721.734-43

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 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 cancela 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: 04/02/2019
Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES
CPF: 011.721.734-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JOVIANO WILKER FERNANDES

JULIANA MARQUES RODRIGUES





INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Página 1 de 1

Comunicação de Decisão

21/05/2018 21:42:54

NIT: 204.20423.85-5

Número do Benefício: 623.487.544-4

Espécie: 31

Número do Requerimento: 189209610

Ao Sr. (a): JOVIANO WILKER FERNANDES

Endereço: AV MAR MEDITERRANEO CJ PRQ DUNAS , 1174 CS, PAJUCARA

CEP: 59.133-010

Município: NATAL

UF: RN

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 09/06/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 01/12/2018. Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (01/12/2018), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação. A partir de 01/12/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: NATAL NORTE

Endereço: R MARCÍLIO DIAS, 265 , IGAPO

CEP: 59.104-260

Município: NATAL

UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 21 de Junho de 2018

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 180621GUJGUB41



**PREVIDÊNCIA SOCIAL****REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

Nome: **JOVIANO WILKER FERNANDES**

Data de Nascimento: **02/03/1982** Nacionalidade: **BRASILEIRO**

Rua/Av. **AV. MAR MEDITERRANEO**

Complemento: _____ Cidade: **Natal**

Bairro: **PAJUÇARA** Estado: **Rio Grande do Norte**

Sexo: M: ☒ | F: ☐ CEP: **59133-010**

DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série): **5729556/0050**

Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Casado

☐ Viúvo ☐ Desq/Divor

TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL ?

☐ Sim ☒ Não

ASSINATURA DO REQUERENTE

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR:

ENDEREÇO:

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA: **CONSTRUTORA A. GASPAR S/L** Nº CNPJ: _____

RUA/AV. **JUNDIAI** Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: **Natal** ESTADO: **Rio Grande do Norte**

CEP: **59020-120** CID: **S62.0**

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO: **18/05/2018**

AFASTADO POR: ☒ DOENÇA ☐ ACIDENTE DO TRABALHO ☐ FÉRIAS ☐ ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA

14/01/2019

Formulários Solicitados pela Previdência Social - BENEFÍCIO

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.	PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.

LOCALIDADE: Natal

DATA: 14/01/2019

CONSTRUTORA A. GASPAR S/A

Faizilene de S. Silva
Assistente Administrativo I RH
CPF: 481.421.274-68

08.323.347/0001-87

CONSTRUTORA A. GASPAR S/A
CONST. CIVIL

SIGNATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DE CADA EMPRESA

Cidade Alta CEP: 59025-140

Natal - RN

INSTRUÇÕES

- 1 - O requerimento deve ser sem rasuras e preenchido de preferência à máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 3 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.
- 4 - Para agilizar o atendimento, veja aqui os documentos que deverão ser apresentados no dia da perícia médica.

IMPRIMIR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040484/19

Vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF: 011.721.734-43

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2018

Titular do CPF: JOVIANO WILKER FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOVIANO WILKER FERNANDES : 011.721.734-43

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 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: 04/02/2019
Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES
CPF: 011.721.734-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JOVIANO WILKER FERNANDES

JULIANA MARQUES RODRIGUES





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094189

Vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES

Data do Acidente: 17/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOVIANO WILKER FERNANDES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

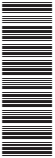
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01765/01766 - carta_16 - INVALIDEZ

00050883



Carta nº 14673394





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 01172173443 Nome completo da vítima: JOVIANO WILKER FERNANDES.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOVIANO WILKER FERNANDES CPF: 01172173443 -
Profissão: PEDREIRO Endereço: RUA HIA, MEDITERRÂNEO 1174 Número: 1174 Complemento: RAJUGARA
Bairro: NOVA REPUBLICA Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59133-010.
E-mail: jovanowilker1982@gmail.com (84) 9-92046010

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0030 013 CONTA: 00027811 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: NATAL 24/01/2019.
Nome: JOVIANO WILKER FERNANDES.
CPF: 01172173443.
(*) Assinatura de quem assina A ROGO: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

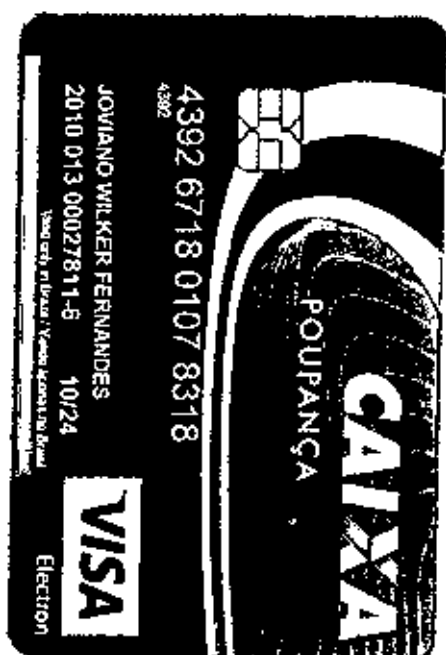
FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8389
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 022 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o inacepar com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGI
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos

Boletim de ocorrência



Ref. Ocorrência nº 101610214417001858

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **LESÃO ACIDENTAL NO TRÂNSITO**

Data e Hora do Fato: 17/05/2018 às 21:08

Local do Fato: **Rua Avenida Guararapes, Potengi, Natal, estado do(a) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

JOVIANO WILKER FERNANDES, brasileiro, solteiro(a), R.G. nº 2138030 ITEP/RN, CPF: 011.721.734-43, servente-de-obras, com 36 anos e nascido aos 02/03/1982, natural de Natal-RN, filho(a) de Cleido Fernandes e de Francisca Pereira Fernandes, residente e domiciliado(a) à(o) Avenida Mar Mediterrâneo, 1174, Pajuçara, Natal-RN, telefone (84) 9204-6010

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

O comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, ocasião na qual estava pilotando a motocicleta relacionada, sofreu uma queda ao colidir em um ciclista. Lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Municipal de Natal, conforme BAUO nº 78. Nada mais informou.

VÍTIMA(S)

O COMUNICANTE

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Envolvido: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, de cor PRETA, de número de série *****62411, de placa MZC8971, ano 2009/2010, de propriedade do(a) Sr(a) **JOVIANO WILKER FERNANDES**

Autoridade: **Alzira Veiga de Medeiros**

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: *Joviano Wilker Fernandes*

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) **Alzira Veiga de Medeiros** na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Raymond Rausly da Costa Cabral
Policial Civil
Matrícula: 157.374-8

Natal, 28 de Maio de 2018.

-(84) 3232-6398/

Pol/O/Office
5c4eb6f2b31632762e9c6256c0b97b39a

