



Número: **0840309-69.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **21ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **04/03/2020**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Cavalcanti Contreras (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES (ADVOGADO)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
90182225	13/10/2022 09:03	Petição	Petição
90183179	13/10/2022 09:03	2661130_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros documentos



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

Processo: 08403096920198205001

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 **JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA 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.

Cumpre esclarecer, no entanto, que embora tenha sido sinalizada pendência documental, o cancelamento da regulação administrativa se deu, em verdade, pela verificação da existência da presente ação, antes da conclusão do pedido naquela esfera.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 10 de outubro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: *Ortopedia*

ANAI NESE

*Fratura com fratura de perna direita
com unguem de aço*

EXAME FÍSICO

Documentação médico - hospitalar



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 20/11/18

MAT. Nº

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Ortopedia*

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

*Dr. Genival Francisco dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647*

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

A:

DATA: / /

HORA:

o Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

O:

DATA: / /

HORA:

à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 13/10/2022 09:03:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22101309031426800000085492115>

Número do documento: 22101309031426800000085492115

Num. 90183179 - Pág. 1

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Olho fechado com o fechamento de uma pessoa informada, ou ao estímulos como a luz do olho.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Movimentos corporais verbais (MRCV)	
Obediência (Resposta consciente e apropriada às perguntas sobre sim / não, sim / não, sim / não, etc., sim / não, sim / não, etc.)	5
Comando (Resposta às perguntas conscientemente, mas não algumas desorientação e confusão)	4
Postura involuntária (Não obediente, mas sem movimentos conscientes)	3
Postura anormal (Estimulo com qualquer movimento)	2
Apático	1
Resposta motora verbal (RMR)	
Obedece a ordens verbais. (Por vezes obedece quando não é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Retirada inspecional a dor	4
Postura flexa a dor (Desorientação)	3
Postura estensora a dor (Desorientação)	2
Nenhuma resposta motora	1
Total	

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	CLASS
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150	=3
	9-120	=2
	6-80	=1
	4-50	=0
	30	=0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-200	=3
	10-200	=2
	10-200	=1
	1-90	=0
	00	=0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120	=3
	70-80	=2
	50-60	=1
	40	=0
	00	=0

"Escala de Trauma Revolucionário (TR): Uma medida de sobrevivência para pacientes de síndromes pós-traumáticas. Referência: Adaptado de Chempson M.S. Socio W.I. Copes, et al; A revision of the Trauma scale J. Trauma 28(3):421, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
JULHO 2005

[illegible]

* Referência: TEASDALE D., JENNET, B.
Assessment of coma and impaired
consciousness. A practical scale. Lancet
1974;2:81-84

4. A escola presta apoio a diversos projetos e que colaboram com isso: assistir a 3 anos, na Faculdade Quilates, bolsistas de estudos que frequentam a Universidade de sua cidade com um auxílio adicional.

SEM OOR	LEVE	Moderada	Intensa	P
1	1	2	3	

ced: 26023542

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Identificação da FIA

Nº FIA: 10348 /2018

Prontuário: 1176511

Paciente: 96222 - JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Cartão SUS: 700506959931959

CPF:

Dt Nasc: 21/03/1989

Idade: 29 anos 6 meses 19 dias Sexo: F Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

Nome do pai: IVANILSON DAMIAO DA SILVA

Rua/Av: PROJETADA

Nº: 30

Complemento: CONJUNTO MANOEL PEDRO

Bairro: CENTRO

CEP: 59530000

Cidade: PEDRO AVELINO

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1002

Telefone: 84 992116999 84 992116999

Responsável: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA -

Usuário: ROZANGELA MARIA DE LIMA

Admissão: 09/10/2018 10:41:48

Alta:

Óbito:

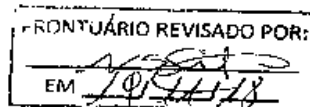
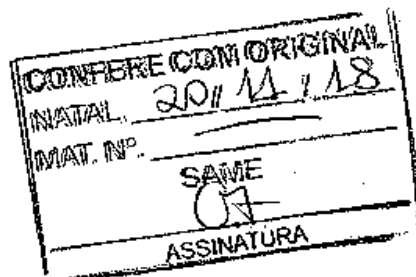
Dias de permanência: 11/10/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Procedimento da Internação: 408050500 - @FIA_DS_SSM@

OBSERVAÇÕES:

*Destinado ao SAME



10

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: JOSILDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Prontuário 905
Osteo art. prax (7)
sem dor no
no n. 12.

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Cabeça
REC-10314 - CRM 4537

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 20/11/18
MAT. Nº
SAME
OR
ASSINATURA

Missão. Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravas de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



NOME <u>Jordane da Nogueira</u> ID: <u>925</u>		GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado de Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
REGISTRO	D. NASCIMENTO	HORÁRIO / ASSINATURA			
DATA <u>10/10/22</u>	PRESCRIÇÃO				
1					
2	<u>Dor - lumb.</u>				
3	<u>Dipirona 40 mg 10 q6h</u>	<u>12</u>	<u>18</u>	<u>24</u>	<u>06</u>
4	<u>Tramadol 50 mg 10 q6h</u>	<u>14</u>	<u>20</u>	<u>06</u>	
5	<u>Hydral 5000 cc 12/24</u>	<u>18</u>	<u>06</u>		
6	<u>Pantidina 150 mg 12/24</u>	<u>18</u>	<u>06</u>		
7	<u>SW 1000g</u>	<u>18</u>	<u>06</u>		
8					
9					
10					
11					
12					
13	<u>Prontidão de arco da perna</u>				
14	<u>to quitação de pé</u>				
15	<u>to M e perfuração de dentes OK</u>				

ANEXO ANEXO
COM 2022

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 20/11/22
MAT. Nº
SABIE
ASSINATURA

no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Vitorino Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: ORTOPEDIA Leito: 925 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 09/10/18 Alta: 1/1/1
Nome: José Eldeir dos Pereiros da Silva Naturalidade: Natal
Idade: 29 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 21/03/189
RG: 002.825.0366 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: Ilvanilson Damasceno da Silva
Mãe: Francisca dos Pereiros da Silva
Endereço: R. Projeteira, 31 - Conjunto Mansão Pedro Cidade: Paraná Avelema
Telefone: 99211-6999 (Companheiro) () Residencial () Trabalho () Re
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: paciente reside com companheiro e 03 filhos
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo () Drogas () Psicológicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária COM ORIGINAL

Atividade desenvolvida: autônoma Trabalho/vínculo empregatício: Não ()
() Aposentado () Auxílio doença () BPC (X) Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () SACAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: SAF

Forma de Acesso ao Serviço**ASSINATURA**

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
(X) Encaminhado: Hospital de origem: Paraná Avelema

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: José de Souza Gomes
Parentesco: Companheiro Telefone: 99211-6999
Endereço do Responsável: a mesma

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente vítima de queda de moto, com trauma
na região do pescoço, internado na ortopedia e aguardando
realização de cirurgia. Paciente gestante, acompanhada
pelo Sr. José de Souza Gomes, que foi admitido no mesmo
hospitalar.

Saída: Estimativa 01/11/18óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs: PR 859

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Cuidar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo
melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e luz dos valores éticos e humanitários.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO AVELINO - RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua: Projetada S/N - Conjunto COHAB - Pedro Avelino/RN
CNPJ: 11.879.812/0001-75 - Email: smspedroavelino@rn.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME: Joiceide dos Navegantes

ENDEREÇO:

ENCAMINHAMENTO PONTAUMA

paciente sonopositiva, vítima de queda de moto, estava alcoolizada e sem capacete, nega trauma em crânio e perda de consciência, apresentando dor e deformidade em mmII direito.

Consciente, orientada, vigil, eufórica, molmo corada, desidratada (+/4+).

Administrado: Dipirona + Tilatilcomp (EV - 01amp).

Dra. Rafaelle Aguiro
MÉDICA
CRM-RN 6168

09/10/18

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL:	20/11/18
MAT. Nº.	
SAME	
CA	
ASSINATURA	





Id. Paciente: 56573/2018 Data Exame: 13/10/2018 08:11:30 Técnico: IVANILDO
Paciente: JOSICLEIDE DOS NAVECANES DA SILVA Idade: 29 ano(s) PERNIA AP: 58,4 %
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURCEL



Documento de identificação



LEI Nº 7.119 DE 2006

ASSOCIADO DO GRUPO

1a. VIA

CPF: 002.829.366

DATA DE NASCIMENTO: 21/07/2006

NOME: JOSILEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

ENDEREÇO: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

CIDADE: NATAL - RN

CEP: 59060-000

UF: RN

PAÍS: BRASIL

VAL: 1 - TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Cartão de identificação pessoal e profissional

CPF: 002.829.366

DATA DE NASCIMENTO: 21/07/2006

NOME: JOSILEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

ENDEREÇO: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

CIDADE: NATAL - RN

CEP: 59060-000

UF: RN

PAÍS: BRASIL

BANCO DO BRASIL

Carteira

CPF: 002.829.366

DATA DE NASCIMENTO: 21/07/2006

NOME: JOSILEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

ENDEREÇO: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

CIDADE: NATAL - RN

CEP: 59060-000

UF: RN

PAÍS: BRASIL

CPF

002.829.366

DATA DE NASCIMENTO: 21/07/2006

NOME: JOSILEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

ENDEREÇO: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

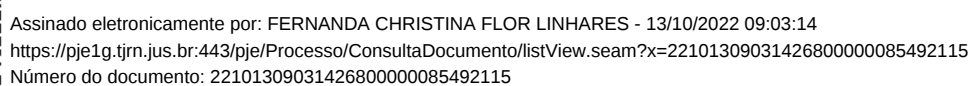
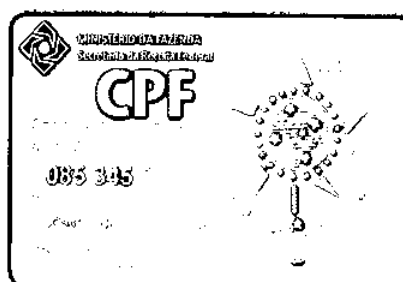
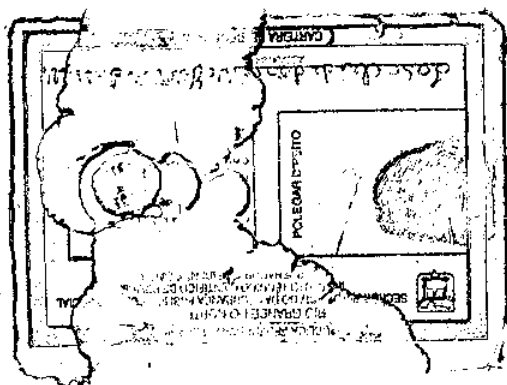
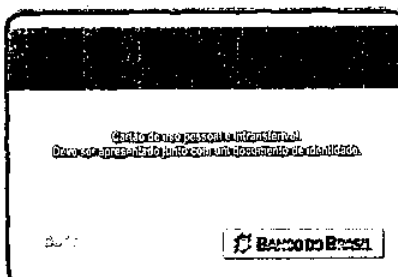
CIDADE: NATAL - RN

CEP: 59060-000

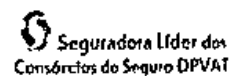
UF: RN

PAÍS: BRASIL





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180580/19

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

CPF: 085.345.714-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/10/2018

Titular do CPF: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA : 085.345.714-06

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: 28/05/2019
Nome: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA
CPF: 085.345.714-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Patricia Aleixo Silva





Correios REGISTRADO URGENTE	
Recebido por	PESO (kg)
Assinatura	AROMP
Doc.	
JT 78324741 0 BR	



DESTINATÁRIO: Seguradora Líder - DPVAT
Rua Senador Dantas, 74, 15º andar,
Centro,
Rio de Janeiro RJ - CEP: 20031-205



REMETENTE: sociedade dos Navegantes da Silva
Rua Manoel Pedro da Silva, 31, Curitiba
Pedra Azul/PR - CEP: 59.530-000.



DESTINATÁRIO: Seguradora Lider - DPVAT
Rua Senador Rombos, 74, 15º andar,
Centro,
Rio de Janeiro / RJ - CEP: 200031-205



JT 78324741 0 BR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180580/19

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

CPF: 085.345.714-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 09/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA : 085.345.714-06

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: 28/05/2019
Nome: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA
CPF: 085.345.714-06

JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva





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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190350067

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00443/00444 - carta_03 - INVALIDEZ

00080222



Carta nº 14413174





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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350067

Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

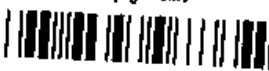
Carta nº 14413495





PEDIDO DE

Autorização de pagamento



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:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTOS:

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

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda 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)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grupo 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:

Vivos:

Falecidos:

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 aos únicos 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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 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



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

RECEBIDO

27 MAI 2019

Seguradora Lider DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PEDRO AVELINO

Endereço: Praça Garibaldi Alves, 274, Centro, PEDRO AVELINO, FONE/FAX: 35342216

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019210000056

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 17/04/2019 10:52:08

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/10/2018 04:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA QUE LIGA PEDRO AVELINO A AFONSO BEZERRA RN

263

2.9 CEP: 59.530-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PEDRO AVELINO

Boletim de ocorrência



3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 08534571406

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DO LAR

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 0003

3.19 Bairro: CONJUNTO MANOEL, PEDRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: PEDRO AVELINO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: IVANILSON DAMIAO DA SILVA

3.6 Mãe: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 21/03/1989

3.14 RG: 002825366 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MANOEL PEDRO DA SILVA

3.24 CEP: 59530000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****66202

7.1.5 Placa: NNX8417

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RONALDO FERREIRA DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

7.1.18 Observações: FRATURA NA TÍBIA.

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 250303094

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO VINHA NA RN 263, PERDEU O CONTROLE SE ENCADEANDO COM UM FAROL DE UM VEÍCULO, DESCENDO O ATERRIO E SE ACIDENTANDO.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

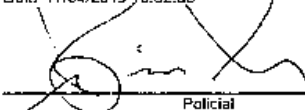
REGISTRO DO B.O. É ENCAMINHADO AO CARTÓRIO PARA PROVIDÊNCIAS.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 17/04/2019 10:52:08


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1683462 - ALAIN DELON LINHARES

Impresso por: 1683462 - ALAIN DELON LINHARES em 17/04/2019 10:53:57

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2019210000056 - Código de autenticação: 3a58c5fc0478c94848a531246174ceb

Página 11



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 13/10/2022 09:03:14
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22101309031426800000085492115>
Número do documento: 22101309031426800000085492115

Num. 90183179 - Pág. 21



SESAP/RI HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 52270 /2018

Admissão: 09/10/2018 09:33:58

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 96222 - JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA (29 a 6 m 19 d)

Nascimento: 21/03/1989 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700506959931959

CPF:

Prof:

Mãe: FRANCISCA DOS NAVEGANTES DA SILVA

Pai: IVANILSON DAMIAO DA SILVA

Logradouro: PROJETADA, 30

CEP: 59530000

Bairro: CENTRO

Cidade: PEDRO AVELINO

Telefone: 84 992116999

Compl: CONJUNTO MANOEL PEDRO

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 09/10/2018 09:28:27

HORA	P.A.	HGT	SatO2	CFIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

Comprovação de ato declaratório



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DEFORMIDADE EM MMII D POS QUEDA DE MOTO.

Hora: 9:38

Paciente de entrada na unidade após queda de moto na rua, relato impactado em parte direita. Hgt. impactado em cabeça, dor cervical, vômito ou náusea. Queixa na região do dor em MII D. Paciente está gestante e classificada (sic)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Sinais vitais normais, sem dor cervical e mobilização ativa e passiva
- B Respiração espontânea, MV & simétrica, al BA
- C Pulso com 2+, RCR 2T, BNF, al BA
- D Glasgow 15, pupilas isocóricas e reativas
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Pele íntegra.

ADD: Plano, flexão, extensão, al mama

Assinatura

Assinatura

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

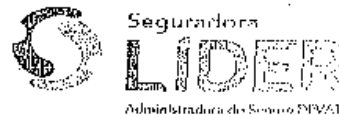
*Gerado via SX por ROZANGELA MARIA DE LIMA. Impresso em 09 de Outubro de 2018.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) <u>Neg</u>		
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Neg</u>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Neg</u>		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) <u>feijão, arroz, carne</u>		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) <u>Neg</u>		
V (PASSADO VACINAL) <u>Quadrúplex, dtp, vacina do sarampo há 03 anos</u>		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) Rx de punho e tornozelo direito AP e perfil. OBS: usar protetor para gonadite.	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS Dra. Ana Cecília Matias MÉDICA CRM-RN 9164 <u>Paciente em quimioterapia em andamento,</u> <u>com conduta de enfiar o cateter central</u> <u>Ex tornozelo D.</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM Dra. Ana Cecília Matias MÉDICA CRM-RN 9164 e Dr. Hugo	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 <u>ORTOPEDIA</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA		
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S. () ITEP		



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-000



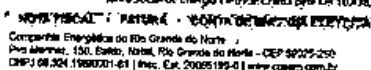
Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1



PROFESSOR DA UNIDADE CURRICULAR
MATEMÁTICA E FÍSICA DA VASCO
DE GAMA, 2013-2014
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO
PESQUISA E INOVAÇÃO
CENIO-001

CANTO CONTRATO	7008071920	FECHA	12/2017
DATA DE VENCIMENTO	13/12/2017	DATA DE VENCIMENTO CANCELAMENTO	05/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)			23,00

Nº DA BOTA PRECISA	MÊS	ANEXO
000189704	JUN 0	05/12/2017
SUBSTITUIÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/12/2017	26191435151	1209330

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOT.
1.000 kg de arroz	30 (000000)	1.301.456,71	4.504
2.000 kg de arroz	36 (000000)	0.744.431,7	11,31
3.000 kg de arroz			1,08
4.000 kg de arroz			2,08
5.000 kg de arroz			0,17
6.000 kg de arroz			1,21
7.000 kg de arroz			0,08
8.000 kg de arroz			0,14
9.000 kg de arroz			0,04
10.000 kg de arroz			0,04

TOTAL DISBURSES					39.00
-----------------	--	--	--	--	-------

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO RENDIMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANITIMON		ATUAL		Nº DEB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (P/100)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
001746	CAT	06/01/1971	4 579001	06/02/1972	6 364141	21	1 785140		(40,61)

DATE	TIME	NAME	BASE	VALUE	DATE	TIME	NAME	BASE	VALUE
10/10/10	10:00	SCARS	100.00	100.00	10/10/10	10:00	SCARS	100.00	100.00
10/10/10	10:00	WPS	100.00	100.00	10/10/10	10:00	WPS	100.00	100.00
10/10/10	10:00	COPIES	100.00	100.00	10/10/10	10:00	COPIES	100.00	100.00

ORGANIZAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]



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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190350067 Vítima: JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PREEXISTÊNCIA DE SINISTRO JUDICIAL

Senhor(a), JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA

Após análise da documentação apresentada, verificamos a existência da ação judicial nº 08403096920198205001 (TJ/RN), proposta pelo(a) Sr(a). JOSICLEIDE DOS NAVEGANTES DA SILVA, em andamento e ainda sem julgamento, referente ao mesmo pedido do Seguro DPVAT feito na via administrativa.

Desta forma, o pedido apresentado na via administrativa foi cancelado.

Informamos que a reabertura do seu pedido na via administrativa somente poderá ser realizada mediante a comprovação do encerramento definitivo da ação judicial sem julgamento do mérito.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00759/00760 - carta_21 - INVALIDEZ

00300380

