



Número: **0800721-07.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **16/09/2020**

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
JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA (AUTOR)	MAX REZZIERY FERNANDES SARAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
61295 820	08/10/2020 19:54	2756530_CONTESTACAO_Anexo_03

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01365-X

CONTA: 000010028794-8

Nr. da Autenticação 14B69A09BE9D2187



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 19:54:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100819541499600000058810807>
Número do documento: 20100819541499600000058810807

Num. 61295820 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241118 **Cidade:** Lucrécia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000009
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 20/01/2020 09:11:56

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/12/2019 05:10:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Em Veículo
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA
3.3 Nome Social:
3.5 Renda: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 07505986465
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.15 Telefone(s): 84 999024603
3.17 Número: SN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: LUIZ COSTA DE OLIVEIRA

3.6 Mãe: MARIA DO CARMO DIAS DE OLIVEIRA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade do Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 24/02/1987

3.14 RG: 002546731 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SITIO VARZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 41673

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MXM6904

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2006

7.1.10 Ano de Fabricação: 2006

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO HOLANDA DA SILVA

7.1.16 Nome do condutor:

7.1.17 Nome da observação:

7.1.18 Observações:

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCrita, COM DESTINO AO SÍTIO VÁRZEA GRANDE, DESTA URBE, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O DECLARANTE TEVE ESCORIAS PELO CORPO E QUEBROU O TORNozELO DIREITO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN N° 8850, MÉDICO PLANTONISTA; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

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: 20/01/2020 09:11:56


Policial

Francisco Holanda da Silva
Interessado



Polegar direito

Assinatura: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA
Impresso por: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em: 20/01/2020 09:12:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J20201036332-053 - Código de autenticação: (14c1fbf0c05278235dc793d398eb5af

Página



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
105.059.864-65		105.059.864-65	José Bedimmar de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		9 - Número:	
José Bedimmar de Oliveira	075.059.864-65		10 - Complemento:	
Profissão:	8 - Endereço:	11 - Bairro:		12 - Cidade:
Agricultor	Sítio Vargem Grande 27	Zona Rural		Guarapuava
13 - Email:	14 - Estado:		15 - CEP:	
16 - Tel.(DDD):	17 - Nome completo:		18 - Renda Mensal do Titular da Conta:	
(84)996318551	José Bedimmar de Oliveira		<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os ícones abaixo, Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		
AGÊNCIA: 1365 CONTA: 28.794 6		(Informar o dígito se existir)		

Autógrafo 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos, Informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



34 - Nome legível da quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível da quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível da quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ponta - RN 21-01-2020

X Declaro pedimento de diversa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Miguel de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 222.286.164-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Bedimor de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.059.864-65
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Bedimor de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.059.864-65 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Sítio Cacimba de Vaca</u>	Número:	<u>51</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Zona Rural</u>	Cidade:	<u>Macucia</u>	Estado:	<u>RN</u>	CEP:	<u>59805-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>(84) 996 318552</u>		

Local e Data:

Patu - RN 21-01-2020

Edilson Miguel de Oliveira
Assinatura do Declarante

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia



Ofício Único de Notas e Reg. Gerais de LUCRÉCIA
RUA RAUL DE ALENCAR, 205 - TIRURÁ - RIO GRANDE DO NORTE
ANTONIO GEAN MARQUES
CONT: 8499965 4288 e-mail: alcimaria@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que

me foi exibido.

Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>
Sel. Digital: RN2020000652320000289RYA
LUCRÉCIA-RN, 20 de janeiro de 2020 09:54
ANTONIO GEAN MARQUES - TABELIÃO
De: <https://selodigital.tjrn.jus.br> 2,63 ISSQN O TOTAL: 2,63



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: José Joaquim Alves Idade: 32
End: Rua das Flores Bairro: Zona Rural
Cidade: Lucrécia Sexo: () M () F
Hora: 09:45 Lucrécia/RN, 29 de Dezembro de 2020

História: De forma direta ou indireta mente relata que o paciente apresenta dor no lado esquerdo de tórax, dor no lado direito e dor no abdômen.

Exame Físico:
a) Exame visual: facial
b) Exame auditivo: auscultação, MVA e embolus
c) Exame respiratório: respiração normal e regular, com
d) Exame cardíaco: ritmo regular, com 82 bpm
e) Exame abdominal: dor no lado direito, intensa

T.A. 140/90 MMHG Pulso: Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório: Doença do Tórax

Conduta: Exames complementares

Exames de sangue

Exames de urina

Observação de Enfermagem:

Retirou-se por decisão Médica
 A pedido
 A revelia
 Óbito Data 08/10/2020 às 19:54 hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Laiá da Costa

Para: Livro de Entrada

Dr. Rafaely da Mota

Médico

Carimbo

Chefe de plantão

Responsável





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: José Bedimar de Oliveira Idade: 32
End: R. Vazzez Grande Bairro: Zona Rural
Cidade: Lucrécia Sexo: (X) M () F
Hora: 00:45 Lucrécia/RN, 29 de Dezembro de 2019

História: P/ vítima de acidente motociclistico apresenta sinais de luxação de tornozelo direito, com dor e edema no local.

Exame Físico: A: via aérea patrícia
B: Sátos qd/so ar ambiente, MV + em AHT.
C: batidas cardíacas ritmicas e regulares em RT. FC: 80 bpm
D: gengiva 15. Língula rosada e intacta.

T.A: 140/90 MMHG Pulso: Respiração: Temp:

Diagnóstico Provisório: Luxação de Tornozelo P/

Conduta:
1) Analgésicos
2) Voltaren 75mg/1L
3) Dexometasona 4mg/1L

Observação de Enfermagem:

() Retirou-se por decisão Médica

() A pedido

() A revelia

() Óbito Data: / / , ás : hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lala da Costa

Para: Hospital Regional

de Pecém de Lucrécia

Dra. Rafaela de Moraes

Medica

CRM/RN - 8650

Medico Carimbo

Chefe de plantão

Responsável

Este vítima de acidente de motocicleta, a mesma tinha várias escoriações no membro inferior e superior, o mesmo queixa dor de dor no peito esquerdo, foi nomeado como segunda escoriação menor, ficando em observação.

As 5 horas da entrada a paciente era feminina de 33 anos, sobrenome Oliveira da Conceição, de 33 anos, sobrenome Oliveira, paciente era feminina, superior, dentre das escoriações, para Pau dos Ferros, comprometido por Wendell.

28/12/2019 (AS) - Lívia Karina + Wendell.

Ocorrência de dia 28 de dezembro de 2019 das 07 às 19hs. Recibemos a unidade sem pacientes internos, setor limpo e abastecido. Não há registro de ocorrência.

Equipe de Plantão

Dr. Joab.

Met Thompson.

Tec. Ligia.

Vigia: Eritan.

Téc. Kátia.

AS: Vaneirini.

Ocorrência noturna do dia 28 de dezembro de 2019

Permanecemos sem pacientes internos.

As 05:30hs da entrada o paciente Renato Paulo dos Santos, 23 anos, vítima de acidente de motocicleta o mesmo apresentava edema no membro inferior esquerdo, foi encaminhado para o Hospital de Pau dos Ferros para realizar radio X.

As 05:35hs da entrada Eudis Nunes dos Santos, 39a vítima de acidente de carro o mesmo queixando-se de dor no pescoço, sende natural de Belém do Brejo do Cruz foi encaminhado para a cidade onde reside (Belém).

As 05:35hs da entrada João Paulo da Silva, 39a, vítima do mesmo acidente de carro, queixando-se de dor no tórax foi avaliado e encaminhado para cidade onde reside, Belém do Brejo do Cruz, não apresentam outras escoriações.

As 05:45hs da entrada José Liedimor de Oliveira, 31



anos, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo apresentava grave fratura no M10, tive todo os procedimentos necessários realizados e foi encaminhado para o Hospital Regional de Pau dos Ferros para realizar raio X.

Equipe de Plantão

Dra Rafaelly

Met. Thompson

Téc. Kátia

Vigia: Jéssica

Téc. Letícia

ASG: Fátima

Ocorrência do dia 29 de dezembro de 2019 das 07:00h

as 19:00 hs. Recebemos o Plantão sem internos, o setor abastecido e organizado, não houve intercorrência, o mais só procedimentos de rotina.

equipe do Plantão

Dra. Rafaelly morais

Tec: Maricéa Soares

Tec: Raissa Demélie

motorista: Alison

Vigia: Alison

ASG: Fatinha

Ocorrência noturna de 30 de dezembro de

2019 das 19:00 as 07:00.

Durante a noite não houve registro de ocorrência de procedimentos de rotina.

Equipe de Plantão

Dra. Rafaelly morais

Tec: Maricéa Soares

Tec: Raissa Demélie

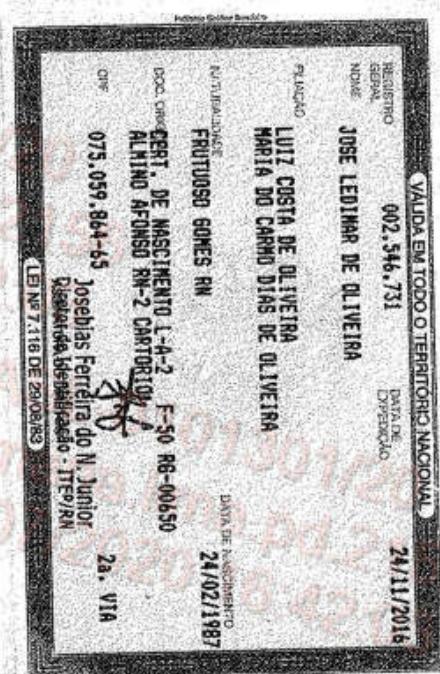
Vigia: Alison

ASG: Fatinha

Ocorrência do dia 04 de janeiro de 2020 das 07:00

as 19 hs. Recebemos a unidade com um paciente interno.





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Lédimar de Oliveira, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 19/12/19
Cobertura Incapacidade, portador(a) do RG 000.546.731, órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 075.059.864-65, residente no(a)
Itaú Vaqueiro Grande 37, nº SN,
bairro: Zona Rural, município: Touresia / RN.

OUTORGADO:

Nome: Edivaldo Miguel de Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
478.064, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 222.286.164-00, residente
no(a) Itaú Pacimbia de Vaca, nº SN,
bairro: Zona Rural, município: Touresia / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Ponta - RN 21-01-2020

Local e Data

Jose Lédimar de Oliveira

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma na assinatura)
Cartório Único Extrajudicial de Pau
Rua Rafael Góes, 183 - Centro, CEP nº 59.770-000
9631-8997

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)

de:
JOSE LÉDIMAR DE OLIVEIRA

Selo Digital: RN202000940940001000NBO

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br/selo>

PontaRN, 21 de Janeiro de 2020 - 11:20

Michelle Demétria Rocha de Lira
Tabelínia Substituta



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Ledimar de Oliveira, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 29/12/19
Cobertura Invalides portador(a) do RG 002.546.731, órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 075.059.864-65, residente no(a)
Sítio Vargem Grande 27 nº SN,
bairro: Zona Rural, município: Tourecia / RN.

OUTORGADO:

Nome: Edival Miguel de Queiroz, brasileiro(a)
estado civil: Casado, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
473.064, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 222.286.164-00, residente
no(a) Sítio Pacimbia de Vaca nº SN,
bairro: Zona Rural, município: Tourecia / RN.

PODERES:

Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Patu - RN 21-01-2020

Local e Data

~~RECONHECIMENTO~~

Jose Ledimar de Oliveira

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma no documento)

Cartório Único Extra-Judiciário de Patu
Rua Rafael Góes, 183 - Centro, CEP nº 59.770-000
9631-9897

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de:
JOSÉ LEDIMAR DE OLIVEIRA

Selo Digital: RN202000940940001000NBO

Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjrn.jus.br/selo>
Patu/RN, 21 de Janeiro de 2020 - 11:20

AB017388

Michelle Damásio Rocha de Lira
Tabelião Substituto



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101301/20

Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

CPF: 075.059.864-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ : 222.286.164-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA : 075.059.864-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/03/2020
Nome: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ
CPF: 222.286.164-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

ALCIMARIA DA SILVA LIMA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 19:54:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100819541499600000058810807>
Número do documento: 20100819541499600000058810807

Num. 61295820 - Pág. 14

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188772/20

Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

CPF: 075.059.864-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ : 222.286.164-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA : 075.059.864-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/07/2020
Nome: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ
CPF: 222.286.164-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

ALCIMARIA DA SILVA LIMA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 19:54:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100819541499600000058810807>
Número do documento: 20100819541499600000058810807

Num. 61295820 - Pág. 15



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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200241118 **Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 29/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

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, contados 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 15922812

Pag. 01821/01822 - carta_01 - INVALIDEZ



00010911



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 19:54:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100819541499600000058810807>
Número do documento: 20100819541499600000058810807

Num. 61295820 - Pág. 16

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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200241118 **Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 29/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000001365-X

Conta: 000010028794-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você