



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	Tipo
61295820	08/10/2020 19:54	<a href="#">2756530_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação

# 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



## 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





Govorno 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: J202010500009

1.2 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

2.2 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.3 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: SN

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

2.9 CEP

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ CEDIMAR DE OLIVEIRA

3.3 Nome Social:

3.2 Estado civil: Solteiro(s)

3.5 Etnia: Branca

3.4 Pai: LUIZ COSTA DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.6 Mãe: MARIA DO CARMO DIAS DE OLIVEIRA

3.9 CPF: 07505587465

3.8 Orientação Sexual:

3.11 Nacionalidade:

3.10 Identidade de Gênero:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.12 Data de Nascimento: 24/02/1987

3.15 Telefone(s): 94 995021503

3.14 RG: 002548731 - ITEPIRN

3.17 Número: SN

3.16 Passaporte:

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.20 E-Mail:

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

3.24 CEP:

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 Seguro: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 4: 873

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MXM5054

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.8 Ano de Fabricação: 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 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. 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 TIEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUEBROU O TORNOMELO DIREITO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 0050, MÉDICO PLANTONISTA; QUE O PRESENTE EXPÉDIENTE 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

Interessado

Polegar direito

Assinamento: 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: J202010500009 - Código de autenticação: C16cJnlhcc05278235dc793d39a9a5a7

Página



Gov. 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

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 - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ LEDIMAR DE OLIVEIRA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07505986455

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

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 20/01/2020 09.11.56

1.4 Ligou CIOSP: Não

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

3.2 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 de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 24/02/1987

3.14 RG: 002546731 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.24 CEP:

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

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*41673

7.1.5 Placa: MXM6094

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2006

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO HOLANDA DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2006

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

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 ESCORIAÇÕES 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 Nº 8650, 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

Interessado

Policial

Atendimento: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em: 20/01/2020 09:12:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2020103000009 - Código de autenticação: 614c1ef8c05279235de793d39bab5af

Página



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 075.059.864-65 4 - Nome completo da vítima: José Ledimmar 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: José Ledimmar de Oliveira 6 - CPF: 075.059.864-65  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Vargem Grande 9 - Número: 5N 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Buenópolis 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59805-000  
15 - E-mail: (84)996318552 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1365 X CONTA: 28.794 6

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 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.

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Buenópolis - RN 21-01-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 19:54:15

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010081954149960000058810807

Número do documento: 2010081954149960000058810807





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99.613/98.

Pelo exposto, eu Edison Miguel de Oliveira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 222.286.164 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jose Bedimar de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.059.864 / 65  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Jose Bedimar 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 Paciência de Vaca</u>	Número: <u>SN</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59805-000</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>(84) 996318552</u>

Local e Data: Patu - RN 21-01-2020

Edison Miguel de Oliveira  
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 19:54:15

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010081954149960000058810807>

Número do documento: 2010081954149960000058810807





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Luciana da Silva Idade: 32  
End: Rua Lúcia Gomes Bairro: Zona Rural  
Cidade: Lucrécia Sexo: ☒ M ☐ F  
Hora: 09:45 Lucrécia/RN, 29 de Dezembro de 2019

História: Acidente de trânsito envolvendo veículo  
presente durante a lavagem de tanque  
de concreto, com dor e edema no local

Exame Físico: Exame físico normal  
sem sinais de trauma, MV + empat  
e hálito normal, sem sinais de trauma  
no tórax, FC 82 bpm, PA 120/80 mmHg  
em repouso, 15. Pupila esquerda normal, direita normal

T.A. 120/80 MMHG Pulso: 82 Respiração: 18 Temp.: 36,5

Diagnóstico Provisório: Contusão de tornozelo D.  
fratura de tornozelo D.

Conduta: Imobilização  
com gesso e imobilização  
com gesso e imobilização

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica  
☐ A pedido  
☐ A revelia  
☐ Óbito Data: 29 / 12 / 2019 às 10 hs.

TRANSFERIDO  
Do Hospital e Maternidade Maria Lúcia da Costa  
Para: Hospital Municipal  
Chefe de plantão  
Gra. Rafaelly de Moraes  
Médica  
Medico Carimbo  
Responsável

OPORTUNIDADE  
SANTO ANTONIO GEAN  
RUA RAIL DE ALENCAR, 205 - TITULAR: SANTO ANTONIO GEAN  
MARQUES  
CONT.: 84 98908 4298 carterio.lucrecia@gmail.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido.

Confirma em: <https://selodigital.tjrj.jus.br>

Selo Digital: RN202000552320000289RYA

LUCRECIA-RN, 20 de Janeiro de 2020 09:54

ANTONIO GEAN MARQUES - TABELÃO

De: 2020/01/20 09:54







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: Rt. Vazza Grande Bairro Zona Rural  
Cidade: Lucrécia Sexo: ☒ M ☐ F  
Hora: 03:45 Lucrécia/RN, 09 de Dezembro de 2019

História: Re vítima de acidente motorístico  
apresenta sinais de luxação de tornozelo  
direito, com dor e edema no local.

Exame Físico: A: via aérea patia  
B: SatO<sub>2</sub> 98% ao ar ambiente, MU + em AN.T.  
C: bulas cardíacas ritmicos e regulares em  
AT. FC: 88 bpm  
D: glauco 15. Pupilas isocóricas Intoxicação.

T.A. 100/90 MMHG Pulso: Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório: Luxação de Tornozelo D.  
Fratura de Tornozelo D.

Conduta  
1) Imobilização  
2) Voltaren 75mg IM.  
3) Dexametasona 4mg/2ve IM.

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica  
☐ A pedido  
☐ A revelia  
☐ Óbito Data / / às hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lala da Costa

Para: Hospital Regional

de Pau d'Alho

Dra. Rafaelly de Moraes

Médica

CRM/RN - 8650

Médico Carimbo

Chefe de plantão

Responsável





• Lado direito de acidente de motocicleta, o mesmo tinha várias escoriações nos membros inferiores e superiores, o mesmo queixava-se de dor no péto esquerdo, foi medido segundo Prescrito médico ficando em observação.

As 5 horas da entrada a Smtm. Infusão Arterial da concisão de 83 anos, sobre uma queda, possível fratura no membro superior direito da translada para Paudes Furos, acompanhado por Wendell.

28/12/2019 (AS) 2010081954149960000058810807

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

Equipe de Plantão

Dr. João.

Met. Thompson.

Téc. Lúgima.

Vigia: Eufân.

Téc. Kátia.

ASB: Vancirum.

Ocorrência noturna de 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 mte possível fratura, foi encaminhado para o Hospital de Paudes Furos para realizar raio X.

• As 05:35hs da entrada Eudes Nunes dos Santos, 39a vítima de acidente de carro o mesmo queixando-se de dor no pescoço, sendo 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 Ledimar de Oliveira, 31





anos, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo apresenta possível fratura no MTD, teve todos 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: Juvino

Téc. Leigiana

ASG: Fátima

Ocorrência do dia 29 de dezembro de 2019 das 07:00 às 19:00 hs. Recebemos o plantão sem internar, o setor abastecido e organizado, não houve intercorrência. O mais no procedimento de rotina.

### equipe do plantão

Dra: Rafaelly morais

Tec: Murício Soares

Tec: Raissa Danielle

motorista: Alison

Vigia: Alison

ASG: Fátima

Ocorrência noturna de 30 de dezembro de 2019 das 19:00 às 07:00.

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

### Equipe de Plantão

Dra: Rafaelly morais

Tec: Murício Soares

Tec: Raissa Danielle

vigia: Alison

ASG: Fátima

Ocorrência do dia 04 de janeiro de 2020 das 7:00 às 19 hs. Recebemos a unidade com um paciente interno.





ASL-0101301/20  
alcimaria.lima.pd.2156  
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20  
alcimaria.lima.pd.2156  
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20  
alcimaria.lima.pd.2156  
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20  
alcimaria.lima.pd.2156  
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20  
alcimaria.lima.pd.2156  
07/07/2020 16:42:03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE PENCA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.546.731 DATA DE DIVERSÃO 24/11/2016

NOME JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

PAZADO LUIZ COSTA DE OLIVEIRA MARIA DO CARMO DIAS DE OLIVEIRA

FRUTUOSO GOMES RN

CPF 075.059.864-65

DOC. CERT. DE NASCIMENTO 1-A-2 F-50 RG-00650

ALMIRAO AFONSO RN-2 CARTORIO

Josebias Ferreira do N. Junior

2a. VIA

DATA DE NASCIMENTO 24/02/1987

LEI Nº 7.118 DE 28/03/83



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

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

### OUTORGADO:

Nome: Edivan Miguel de Queiroz, brasileiro(a)  
estado civil: casado Profissão: Agricultor portador(a) do RG  
478.064 órgão expedidor SSPIR e do CPF: 222.286.164-00 residente  
no(a) Sítio Pacimboa de Vaca nº SN  
bairro: Zona Rural município: Lucrecia / 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

**RECONHEÇO**

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticação)

Cartório Único Extra-Judiciário de Patu  
Rua Rafael Godaio, 183 - Centro, CEP nº 59.770-000  
8831-8887

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)

de:  
JOSÉ LEDIMAR DE OLIVEIRA

Selo Digital: RN202000840840001000NBO

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

AB017398

Máscara Digital Rodada de Lira  
Tabela Substituto





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

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

### OUTORGADO:

Nome: Edimar Miguel de Queiroz, brasileiro(a)  
estado civil: casado Profissão: Agricultor, portador(a) do RG  
479.064, órgão expedidor SSPIRN e do CPF: 222.286.164-00, residente  
no(a) Sítio Pacimbra de Vaca nº SN  
bairro: Zona Rural, município: Beberibe / 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

RECONHEÇO

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma nos autos)  
Cartório Único Extra-Judicial de Patu  
Rua Rafael Godoiro, 183 - Centro, CEP nº 59.770-000  
9631-9897

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

Selo Digital: RN202000840840001000NBO

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

AB017386

Mickell Dias 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](http://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



## 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](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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,

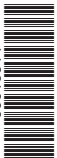
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15922812

Pag. 01821/01822 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010911







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

