



Número: **0814259-45.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.754,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61121988	05/10/2020 20:17	2756850_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000038474-4

Nr. da Autenticação 40F464E0E6CF2DC3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521212 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180521212

Vítima: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 000000038474-4

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

089.373.334-89

Nome completo da vítima

João Pedro Fernandes Romão de Sá

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Pedro Fernandes Romão de Sá	089.373.334-89	Recrudo
Endereço	Número	Complemento
Rua: José Jonuário Fernandes	30	020
Bairro	Estado	CEP
Veduggio	RJ	59.636.550
Email		Telefone (DDD)
		(184) 938528371

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ 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
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		BANCO	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome: C. 6 NOV 2018	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº: 0360	Nº: 00038434	Nº: 00038434	Nº: 00038434
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro Fernandes Romão de Sá

Local e Data

João Pedro Fernandes Romão de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/10/2020 20:17:37

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100520173702700000058636767>

Número do documento: 20100520173702700000058636767



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0703618

1 - LOCAL E DATA

Local AV. PIO BRANCO / R. UCHO FRANCO Bairro SANTO ANTONIO
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. PROX. FERRO DE ENCONTAR
Data 16/07/18 Hora do acidente 13:00 Hora do registro 13:30 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi AGD-2558 Cidade MOSSORÓ UF RA
Marca/Mod. HONDA / XR 160 BROOKS ESQ Cor BRANCA Ano 2015 / 2015
Proprietário JOÃO PEDRO FERNANDES ROMÃO DE SOUSA N° de Ocupantes 02
Condutor JOÃO PEDRO FERNANDES ROMÃO DE SOUSA Data de Nasc. 05/05/1999
Endereço R. JOSE JACINTO FERNANDES N° 30 Fone 9671-0608
Bairro SANTA DELEIRIA Cidade MOSSORÓ UF RA
CPF N° 089.373.314-89 CNH N° 06679085905 Validade 07/06/2021 Categoria A
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi QGF-9969 Cidade MOSSORÓ UF RA
Marca/Mod. CHRYSLER XY 500 PHOENIX Cor VERMELHA Ano 2013 / 2014
Proprietário FRANCISCO FRANCINALDO DA SILVA N° de Ocupantes 02
Condutor MARCELO PEREIRA DA SILVA Data de Nasc. 08/12/1997
Endereço R. PEDRO UCHO N° 472 Fone 98719-1024
Bairro SANTO ANTONIO Cidade MOSSORÓ UF RA
CPF N° 016.371.644-75 CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____



Luminosidade

☐ Amanhecendo

☒ Pleno Dia

☐ Anoitecendo

☐ Noite c/ Iluminação

☐ Noite s/ Iluminação

☐ Iluminação Deficiente

Cond./ Tempo

☒ Bom

☐ Nublado

☐ Chuva

☐ Neblina

☐ Outros _____

Tipo da Pista

☒ Asfalto

☐ Paralelepípedo

☐ Concreto

☐ Cascalho

☐ Terra

☐ Outros _____

Caract./ Pista

☐	Reta
☐	Curva
☐	Active Îngreme
☐	Active Suave
☐	Declive Îngreme
☐	Declive Suave
☐	Lombada
☒	Cruzamento
☐	Rotatória
☐	Retorno
☐	Entroncamento
☐	Bifurcação
☐	

Cond./ Pista

☒ Seca

☐ Molhada

☐ Inundada

☐ Poças D'água

☐ Oleosa

☐ Enlameada

☐ Em Obras

☐ Com Buraco

☐ Com Areia

Sinalização

☒ Inexistente

☐ Do Agente de Trânsito

☐ Do Semáforo

☐ Faixa de Pedestre

☐ Linha _____

☐ Placa(s) _____

☐ Lombada eletrônica

☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H

☐ _____

☐ _____

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRÁFEGO
Em 20/08/2013
Sd. Deyned Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

DE TRANSITO

 ÁRVORE

 VESTÍGIOS

 SEMÁFORO

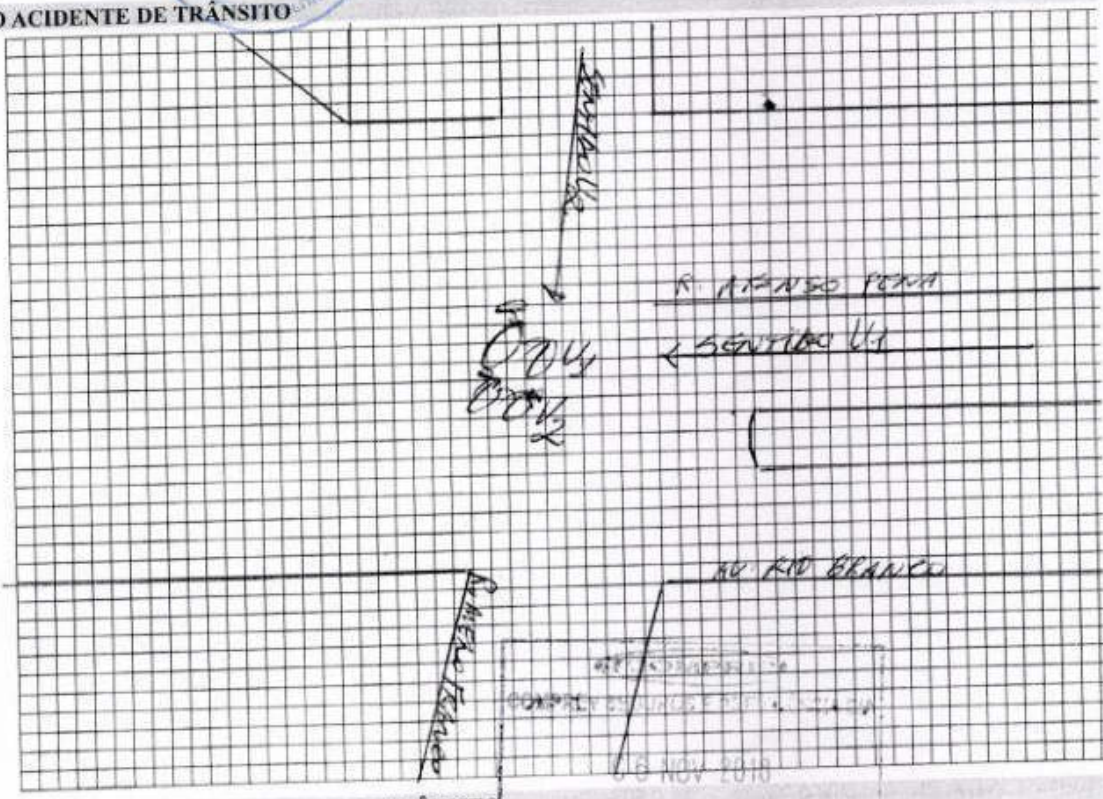
 PEDESTRE

 BICICLETA
 OU MOTO

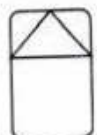
 CARRO DE
 PEQUENO PORTE

 CAMINHÃO
 OU ÔNIBUS

 CARRETA



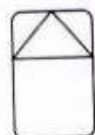
AVARIAS DO VEÍCULO 1



FAROL, PNEU E RODA BLANKEIRO,
PARCENAL, PETROLISORES,
GUIDO, TELESÃO P.D.

EM BRANCO

AG. NATAL



VARRENAGEM, FAROL,
PARALANAS.

EM DRANCO



11 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____
EM BRANCO

12 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____
EM BRANCO

13 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____
EM BRANCO

14 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____
EM BRANCO

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____ N° _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ Cód/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO chegar no local da ocorrência os veículos se encontravam no local de uso dos condutores os mesmos foram socorridos pelo SAMU do HRTM e os mesmos depois foram levados a Versão sobre o acidente.

PROTÓTIPO
CORPUS SECURUS E PREVENÇÃO
06 NOV 2018
PROTOCOLO
AG: NATAL

Nome Completo do Agente ALEXANDER M. AZEVEDO
POSTO/GRAD.: 06 PM N° 97.309 Viatura DELTA DELTA Subunidade: 2ª DARE
Local e Data ROSSARI (RN), 16 de JULHO de 2018

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V1 _____

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO



Sd. Deyvid Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1



Assinatura do Condutor do V2 _____

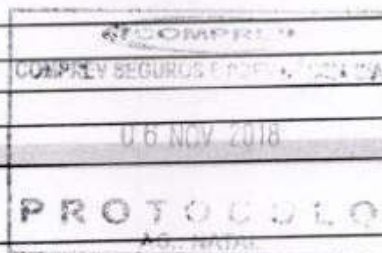
SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO



Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4 _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA Rodoviária Estadual - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0703618

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Av. Rio Branco/ Rua Melo Franco	Bairro:	Santo Antônio
P. Ref.	Próximo ao Ferro De Engomar	Data:	16/07/2018

2 - VEÍCULO: V2

Chassi	QGF9967	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	Ano	2013/2014		
Proprietário	FRANCISCO FRANCINALDO DA SILVA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	Márcio Pereira da Silva	Data de Nasc.	08/12/1972		
Endereço	Rua Pedro Velho	Nº	472	Fone	
Bairro	Santo Antônio	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	016.371.644-75	RG nº	002.942.597	Órgão Emissor	SSP
				UF	RN
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Av. Rio Branco	Em que faixa?	Esquerda
Em que sentido?	Santo Antônio		

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado, quando ao passar por um cruzamento V1 que vinha em alta velocidade colidiu no veículo do declarante. Com o impacto o mesmo perdeu o controle do veículo vindo a cair ao solo e foi socorrido pelo SAMU para o HRTM". 18800/2018.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 08/08/2018 na sede do 2ºDPRE.

Nome do Agente que registrou as informações Deyved Thiago Fernandes Dantas

Posto/Graduação	Sd Deyved	Matrícula	202021-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	----------	---------	-------	---------	---------

Sd Deyved Thiago Fernandes Dantas

Sd Deyved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM DE
OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE
TRÂNSITO

Nº 0703618

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Av. Rio Branco	Bairro:	Santo Antônio
P. Ref.	Próximo ao Ferro de Engomar	Data:	16/07/2018

2 - VEÍCULO: VI

Placa	QGD2558	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA/NXR 160 BROS ESDD	Ano	2015/2015		
Proprietário	João Pedro Fernandes Romão de Souza	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	João Pedro Fernandes Romão de Souza	Data de nasc.	05/05/1998		
Endereço	Rua José Januário Fernandes	nº	10	Fone	(84)9 9671-0608
Bairro	Abolição	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	089.373.314-89	CNH nº	06679085905	Categoria	A
				Validade	07/06/2021
Local de Trabalho	Supervisor da AIC				

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Av. Rio Branco		
Em que sentido?	Centro	Em que faixa?	Esquerda

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado, quando ao passar por um cruzamento V2, que vinha na Rua Melo Franco, colidiu na moto do declarante. Com o impacto o declarante perdeu o controle do veículo vindo a cair ao solo e foi socorrido pelo SAMU para o HRTM". Atendimento Nº0703618.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor *João Pedro Fernandes Romão de Souza*

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 20/08/2018, no 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações **Deyved Thiago Fernandes Dantas**

Posto/Graduação	Sd	Matrícula	202021-1	Viatura	****	Unidade	2º DPRE
-----------------	----	-----------	----------	---------	------	---------	---------

Sd. Deyved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tailda Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.00.664/38 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Pedro Fernandes Romão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.343.354/89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José Pedro Fernandes Romão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.343.354/89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios: Recuso

☒ 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		Número	Complemento
Rua: <u>José Januário Fernandes</u>		<u>30</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Redenção</u>	<u>Mossoro</u>	<u>RN</u>	<u>59.646-390</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>18412-3852-8771</u>

Mossoro 30 de Agosto de 2018
Local e Data

Tailda Fernandes da Silva
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPLV SEGUROS E PREVENÇÃO CIA
6 NOV 2018
PROTOCOLO
AG.: NATAL

DLDR1.001 V001/2017





Admissão: 16/07/2018 13:45:55

Paciente:16743 - JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA (20 a 2 m 11 d)

Compl:

*Empresa

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Hora: 14:15

Recente sofreu um infarto excelente mente em 20 minutos tendo sido
ajudado de imediato. Não perde de consciência, náuseas ou vômitos. Não chegou a Afirma
que não agiu. Deve ter sido um infarto.

$\left. \begin{matrix} A \\ B \\ C \\ D \end{matrix} \right\}$ sum excluded

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 03.09.2011

SAME/ARQUIVO

© limites de movimentos em punho, mãos e dedos além de alterações de sensibilidade em dedos. Além disso há limites de movimentos em ações de MSD com dor e/ou edema associado.

CD: Sólitos radiográficos de máx. punto dental, estróculo e arcos dentais. Processos de Antiquião

Diagn. Inicial:

Dr. Antônio Teixeira Neto
Cirurgia Plástica
CRM-RN 114.114

PRESCRIÇÃO:

ORTOPEDIA: Fract. de radio distal
ca. di. faja, curv. sintom.
fuer. de 1. Sin lig.
p/te ortopedica.

Tak akan paham
Tibet di atas

CRM-RN	VIA	HORARIO	ASSINT.
--------	-----	---------	---------

OF COMPANY
COMBINE SECURITY

05 NOV 2018

PROTOCOLLO
AG.: NATAL

13:50

est. de 4 r.v.
pontos
Free- Paula

*Saída: - () Decisão médica; () Enc.outroServiço; () Evasão; () Interna: CID Proc.

Data: ____/____/18. **Hr:** ____:____ **Ass. Médico:** _____

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 16 de Julho de 2018.





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05.07.2018
FIR

SAME/ARQUIVO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

06 NOV 2018

PROTOCOLO
AG. NATAL



Atendimento	1011773
Data:	02/08/2018
hora:	9:39

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
ANDERSONEP

179895 - JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 05/05/1998 - 20 ANO(S)

CPF: 089.373.314-89

RG: 003390078

CNS: 701004828746598

Convênio: SUS

Leito: 210-02

Enfermaria: 210 - AP 210

Endereço: JOSE JANUARIO FERNANDES, N° 10 - CEP: 59600-010

Bairro: SANTA DELMIRA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: JOAO MARIA ROMAO DE SOUZA

Mãe: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Naturalidade: MOSSORO - RN

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Procedimento Solicitado: 0408020407-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / - 5525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

Resultado

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido:

História Clínica

03/08		COMPREV COMPRAS E SERVIÇOS E PREVENÇÃO 06 NOV 2018 PROTÓTIPO AG. NATAL
Diagnóstico Provável		

Diagnóstico Provável

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e traumatologia
CRM 6220

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



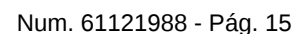


FICHA DE ANESTESIA

OPERAÇÃO REALIZADA						
Test. ar. feat. radio distaf						
INÍCIO	16.20	TERMINO	17.20	DURAÇÃO	1.00	ROTINA ☒ EMERGÊNCIA ☐ EXTRA ☐

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: ☒ RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ☒ *Block*

Dr. JERÓNIMO O. de SOUSA
Médico Odontologista
CRANIO 8007 CRMJMG 2320





HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Paulo Mendes Nunes & Guedes Idade: 0152/20
Reg. Geral: 179895 Convênio: SUS Unidade/Leito: 216-02
Clínica: nefro Data: 02/08/19

Evolução Médica

Paciente com insuficiência renal crônica.
Paciente em diálise regular.
Dr. Luan + Rx nefrologia.

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12345

Prescrição Médica

Apazamento

1. Cloro de cálcio 10% 10ml IV 24h. — 21/06
2. ST 0.37. 1.500 mg IV 24h. — 22/06/19
3. Capelstone 3g IV 6h — 22/06/19
4. Difeno 1mg + 0.5 IV 6h — 22/06/19
5. Trimepr 10mg — 24/06
6. ST 0.37. 1.500 mg IV 24h. — 24/06
7. Difeno 10mg + 0.5 IV 6h — 24/06
8. Difeno 10mg + 0.5 IV 6h — 24/06
9. ST 0.37. 1.500 mg IV 24h. — 24/06
10. ST 0.37. 1.500 mg IV 24h. — 24/06
11. ST 0.37. 1.500 mg IV 24h. — 24/06
12. ST 0.37. 1.500 mg IV 24h. — 24/06

COMPRE SEGUROS E PREVENÇA
06 NOV 2018
PROTÓCOLO
AG. NATAL

03/08/19 ATUA HOSPITAL

Medicação administrada por

M T N





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

HOSPITAL
WILSON ROSADO

Page 1 of 1
Data impresso: 03/08/2018

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1011773 - JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Data da internação: 02/08/2018 - 09:39:00 Sexo: M Idade: 20 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

03/08/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

19:00:00 APÓS VISITA MÉDICA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, DEAMBULA, PÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE. SEGUE AOS CUIDADOS DOMICÍLIO. RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO. - PA: TAX: 0,00# F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 Sat. O₂: 0 FI O₂: 0 Ventilação: Decúbito:

BRENNIA MAKKENNY
CORREIA

Brennia Makkeny C. de Lima Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-011261784



Sigeh - Sistema para Gestão Hospitalar

JPIS Soluções em Informática 1851 8044-5764



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/10/2020 20:17:37

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100520173702700000058636767>

Número do documento: 20100520173702700000058636767

Num. 61121988 - Pág. 17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
INSTITUTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOÃO PEDRO FERNANDES ROMÃO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1404580 MTE RN

CPF
089.373.314-89

DATA NASCIMENTO
05/05/1998

FILIAÇÃO
**JOÃO MARIA ROMÃO DE SOUZA
JAILDA FERNANDES DA SILVA**

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06679085905

VALIDADE
07/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
12/08/2016

OBSERVAÇÕES

João Pedro Fernandes Romão de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO
15/08/2017

Letícia Maria Galvão Gomes
Letícia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutoras

ASSINATURA DO TITULAR

**07956652911
RN702670401**

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482357140

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482357140

