



Número: **0802992-70.2020.8.20.5108**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.527,87**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA (AUTOR)	GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62044 975	26/10/2020 08:10	<u>2758214_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Requerimento Administrativo

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: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000089094-5

Nr. da Autenticação E9B99118A33D931A



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608105379700000059512042>
Número do documento: 20102608105379700000059512042

Num. 62044975 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190475650 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA **Data do acidente:** 22/04/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS).
ALTA. (P5/6/7FC/8/9/10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190475650 CPF da vítima: 276.840.904-72 Nome completo da vítima: *Paulo Suelo Grael de Bessa*
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: *Paulo Suelo Grael de Bessa* CPF: 276.840.904-72
 Profissão: *Agricultor* Endereço: *contato futuro* Número: 1019 Complemento: *Centro*
 Bairro: *Centro* Cidade: *Pen des feso* Estado: *PR* CEP: 59900-000
 E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:
 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (selecionar para os bancos abaixo. Até uma única opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (010) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0263*

CONTA: *89094*

CONTA CORRENTE (todas os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Velho Data de óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório) Local e Data: *Paulo Suelo Grael de Bessa / 14/10/19*
 Nome: _____ CPF: _____

Paulo Suelo Grael de Bessa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A R\$U R\$OGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PR.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA/ BENEFICIÁRIO/ CREDOR/AUSEP N.º 445/2012

Nome completo: PAULO SUELDO G. DE BESSA
 Profissão: Endereço:
 Endereço: Cidade:
 Bairro: Estado:
 CEP:
 E-mail:

CPF: Número: Complemento:
 CEP:
 Tel (DD):

Declaro, para todos os fins de direito, respeito ao endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:
 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA IDENTIFICAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos abertos: Aéreo/Bradesco/Itaú/Brasil)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (304)
 AGENCIA: 0763 CONTA: 69642
 (Inserir o dígito se existir)
 CONTA CORRENTE (Bancos privados)
 Nome do BANCO:
 AGENCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credêr na conta bancária informada, de nenhuma titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente para a efetivação do crédito, quitação total do valor repassado.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
 Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IMI, que atende a regras do acidente ou da minha residência ou.
 O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou.
 O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, à vista, em me submeter à avaliação médica, a custos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme § 6º, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão de cobertura com a futura avaliação médica ou revisão da data de contestação, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE BENEFÍCIOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:
 NOME:
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não
 Vivos: Falecidos: falecidos falecidos falecidos
 Vivos: falecidos: falecidos falecidos
 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por meus aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alegação ou declaração não veracidade poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS
 1º Testemunha:
 Nome: Local e Data: 21/05/19
 CPF:
 Assinatura:
 2º Testemunha:
 Nome: CPF:
 Assinatura:
 Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver):

(*) Assinatura do quem assina A RG/CG
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A RG/CG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovará de posse a documentação do interessado mencionada, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 02142019

1 - LOCAL E DATA

Local RUA 15 DE NOVEMBRO Bairro CENTRO
Cidade/UF PAU DOS FERROS / RN P. Ref. AD LADO DA IGREJA CATÓLICA
Data 22/04/2019 Hora do acidente 08:38 Hora do registro 08:50 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi DWG - 9252 Cidade PAU DOS FERROS UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 150 TITAN ESD Cor VERMELHA Ano 2015 / 2015
Proprietário PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Nº de Ocupantes 01
Condutor PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA Data de Nasc. 18/10/1996
Endereço RUA CARLOTO TAVOKA Nº 1019 Fone (84) 9.9971.0855
Bairro SÃO BENEDITO Cidade PAU DOS FERROS UF RN
CPF/Nº 276.840.404-72 CNH Nº 02866613282 Validade 30/09/2021 Categoria AB
Local de Trabalho AGRICULTOR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi OGF-3475 Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
Marca/Mod. FIAT STRADA WORKING CD Cor VERMELHA Ano 2013 / 2014
Proprietário JUVENTAL RAIMUNDO DE ARAÚJO Nº de Ocupantes 02
Condutor JUVENTAL RAIMUNDO DE ARAÚJO Data de Nasc. 03/05/1957
Endereço SITIO GANGORRA Nº 1245 Fone (84) 9.9675-3269
Bairro ZONA RURAL Cidade RAFAEL FERNANDES UF RN
CPF/Nº 175.227.734-15 CNH Nº 02337270207 Validade 26/10/2020 Categoria AB
Local de Trabalho AGRICULTOR APOSENTADO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____

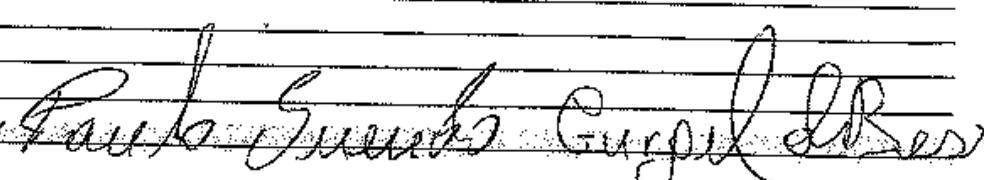


7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RUA 15 DE NOVEMBRO

Em que sentido? AV. GETULIO VARGAS P/ R. 15 DE NOVEMBRO **Em que faixa?** UNICA

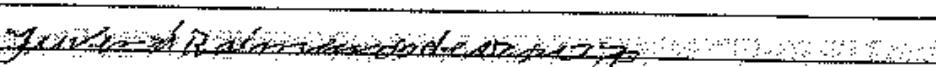
Versão do condutor QUE VINHA DO SUPERMERCADO SIEIREZ SAIU DO QUADRO
O CARRO QUE VINHA DA RUA DO SHOPPING ENTROU DE VEZ E
QUE TENTOU PUXAR DIFESA A ESQUERDA, QUE MESMO FREANDO
MINHA MOTO ELE GATEU EM MIM.

Assinatura do Condutor do V1 

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RUA PRACA DA MATRIZ / RUA 15 DE NOVEMBRO

Em que sentido? R. DA PRAÇA DA MATRIZ P/ R. 15 DE NOVEMBRO **Em que faixa?** UNICA

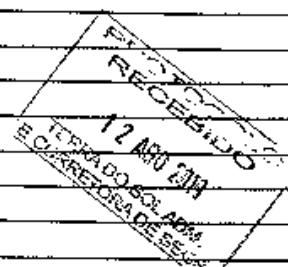
Versão do condutor QUE ESTAVA PARADO AGUARDANDO PARA ENTRAR A ESQUERDA
NO SENTIDO A AVENIDA GETULIO VARGAS, QUE OLHOU PARA A DIREITA
NÃO VIU NINGUÉM E QUANDO FUI ENTRANDO AI A MOTO DO
MOTOTAXI GATEU NA FRENTE DO CARRO.

Assinatura do Condutor do V2 

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? **Em que faixa?**

Versão do condutor



Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? **Em que faixa?**

Versão do condutor

Condutor do V4



Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 11- Passageiro de V1 V2 V3 V4 conduzido para: **HOSP. REC. PAU DOS FERROS** Testemunha
 Presenciou: Fato Registro
 Nome: **PAULO AURELIO GURGEL DE SOUSA**
 RG Nº: **4857-64** Órgão Expedidor: **SSP / RN** Data de Nascimento: **18/10/1961**
 Endereço: **RUA CARLOTO TRAVÔRA** Nº: **1019** Fone: **(84) 3.9571.0855**
 Bairro: **STº BENEDITO** Cidade: **PAU DOS FERROS** UF: **RN**
 Versão: **"A MESMA"**

Assinatura _____ Hora _____
 12- Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: / /
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____
 13- Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: / /
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____
 14- Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: / /
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____
 15- **SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO** **USB 50 / SAMU - PAU DOS FERROS - RN**
 Placa: **NDG-9226** Cidade: **NATAL** UF: **RN** Marca/Modelo: **RENAULT/MASTER/AMBI**
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp. _____ Nº: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ Fone: _____
 Bairro: _____

16- **OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**
 CHEGANDO NO LOCAL DO SINISTRO FOI CONSTATADO: OS VEÍCULOS NO LOCAL, OS CONDUTORES NO LOCAL, ESTAVAM O CONDUTOR DO V1 DEITADO NA VIA AUNTO DE SEU VEÍCULO QUE ESTAVA NO APORO (MACACO) E O V2 UM POUCO MAIS AFASTADO, QUE AMBOS OS CONDUTORES DEVIDAMENTE HABILITADOS E SEUS RESPECTIVOS VEÍCULOS COM O LICENCIAMENTO EM DIA. QUE O V2 FOI LIBERADO AO SEU CONDUTOR, QUE O V1 FOI LIBERADO A PESSOA CONHECIDA POR ZÔDIO MOTOTAXI, QUE DEIXOU O V1 NA RESIDÊNCIA DE SEU CONDUTOR, QUE EM VIRTUDE DO ATENDIMENTO DO SAMU, NÃO FOI POSSÍVEL COLHER A VERSÃO DO CONDUTOR DO V1 NO LOCAL, SENDO COLHIDA POSTERIORMENTE NO HOSPITAL REGIONAL DE PAU DOS FERROS - RN.

Nome Completo do Agente: **FRANCISCO José da Souza**
 PONTO/GRAD.: **2º SGT** PM Nº: **09.246** Viatura: **DRE 405** Subord.: **4º DPRE**
 Data: **01/10/2020** Hora: **10:10:54**

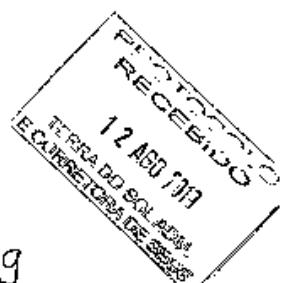




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU- METROPOLITANO/RN

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o paciente,
Paulo Sivendo Gurgel de Bezerra 57 anos, foi
Atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
(SAMU 192/RN), no dia 22/04/19, no horário 8:40, Na rua
15 de Novembro, Paciente vítima de
Colisão moto x carro.



Pau dos Ferros, 07 de maio de 2019

Juvanne A. do Amaral Melo
Coordenadora de Enfermagem

Juvanne Amaral M. Rebouças
ENFERMEIRA
COREN-RN 455428



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/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Francisco P. de Almeida inscrito (a) no CPF 070.786.734-76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Suelto Guebel de Lessa inscrito (a) no CPF sob o Nº 246.840.404-72, do sinistro de DPVAT cobertura Individu da Vítima Paulo Suelto Guebel de Lessa inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.840.404-72 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 Lider-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>Av. Siqueira de Oliveira</u>	Número	<u>261</u>	Complemento	<u>esq. 262</u>
Bairro	<u>Dominguinhos</u>	Cidade	<u>Praia das Flores</u>	Estado	<u>RN</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(89) 99650-0888</u>

Praia das Flores, 10 de Julho de 2017
Local e Data

Guilherme Francisco P. de Almeida
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010260810537970000059512042>

Número do documento: 2010260810537970000059512042

Num. 62044975 - Pág. 10

LAUZO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR		Sistema Ministerio  Saude Unico de Unico de CNES
Identificacao do Estabelecimento de Saude Identificacao do Paciente		
7 - CARTAO NACIONAL DE SADE (CNS) 8 - N° DO PRONTUARIO 9 - SEXO 10 - RAQUA 11 - NOME DA MAE 12 - TELEFONE DE CONTRATO 13 - NOME DO RESPONSAVEL 14 - TELEFONE DE DONATARIO 15 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA) 16 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA 17 - CEP 18 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA 19 - CEP 20 - PRINCIPAL SERVICO E SINTOMAS CLINICOS 21 - CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO 22 - PRINCIPALES RESULTADOS DE PROVOS DIAGNOSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 23 - DIAGNOSTICO PRINCIPAL 24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDARIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC 27 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 28 - CODIGO DO PROCEDIMENTO 29 - CLINICA 30 - CAVOITE DA INTERNACAO 31 - DOCUMENTO CONCEP 32 - NOME DO PROFESSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 33 - NOME DO PROFESSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34 - DATA SOLICITACAO 35 - ASSEGURADOR 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRICO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRICHO 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRICO 39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - CNPFCMPEA 41 - SEI 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNMCEA EMPRESA 44 - CEP 45 - () EMPREGADO 46 - () EMPREGADO 47 - CEP, DREGA EMISSOR 48 - DOCUMENTO 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CHP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - DATA DA AUTORIZACAO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 52 - N° DA AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR		



Número: **0802992-70.2020.8.20.5108**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.527,87**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

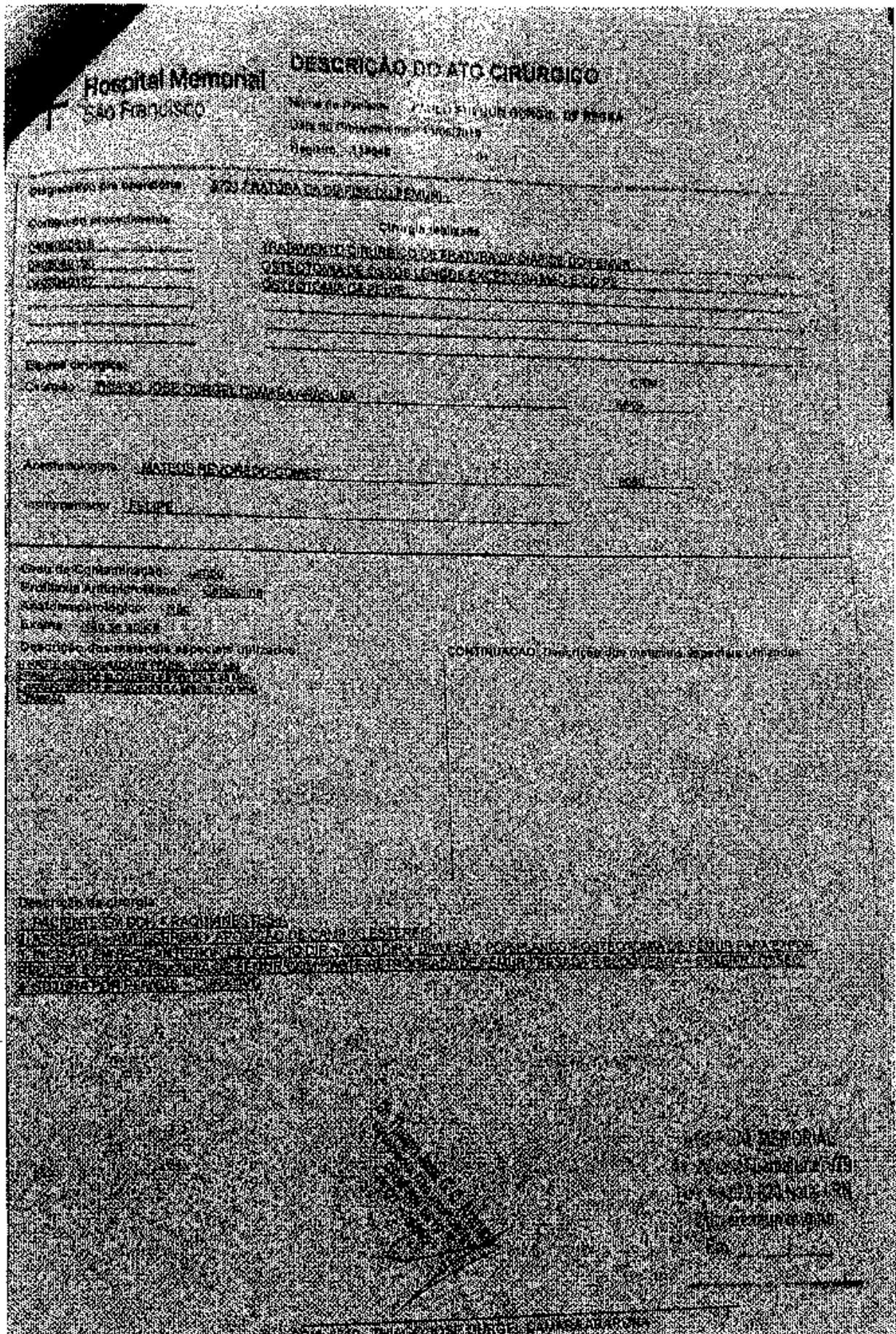
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA (AUTOR)	GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	

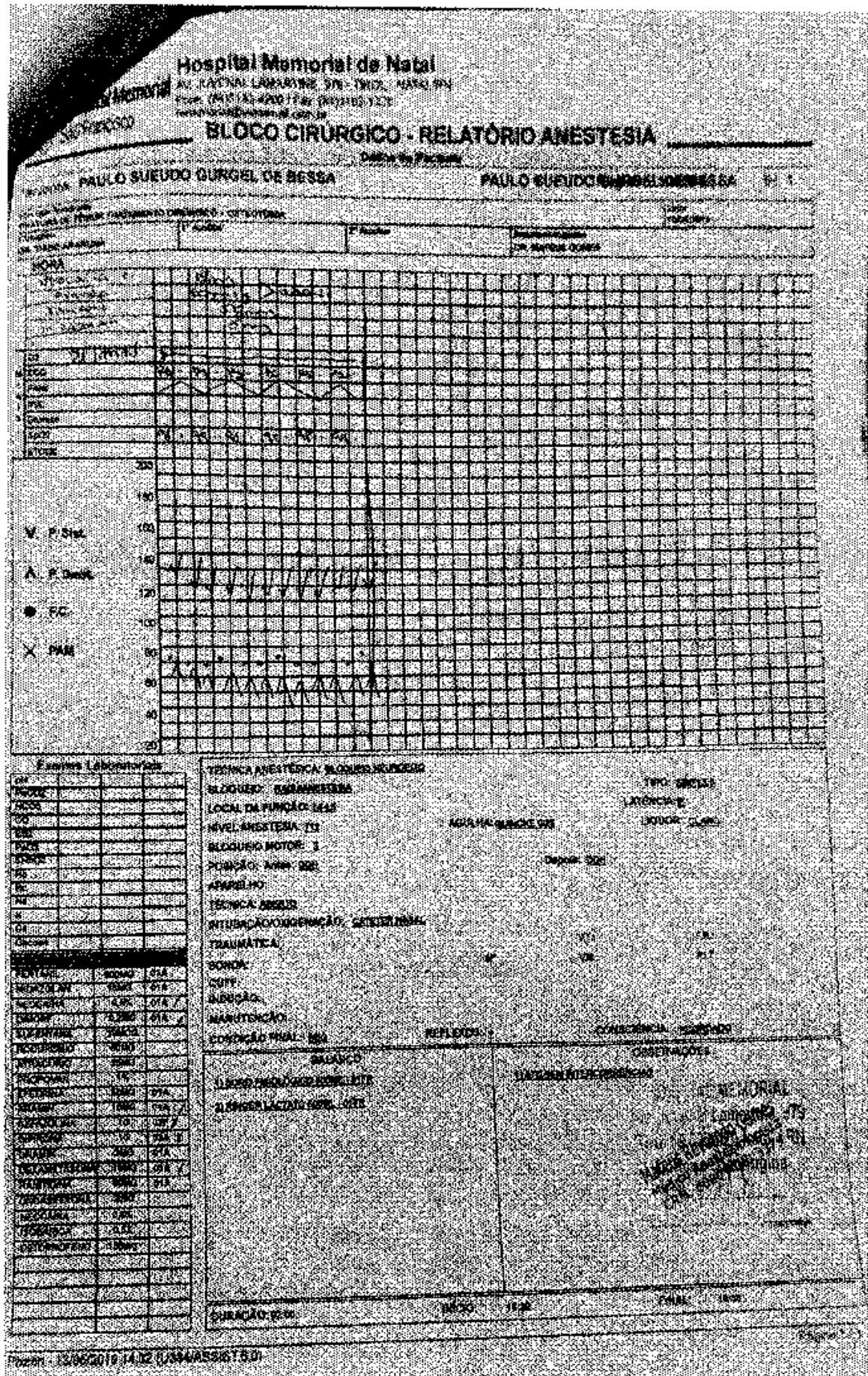
Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62044 977	26/10/2020 08:10	<u>2758214_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Requerimento Administrativo



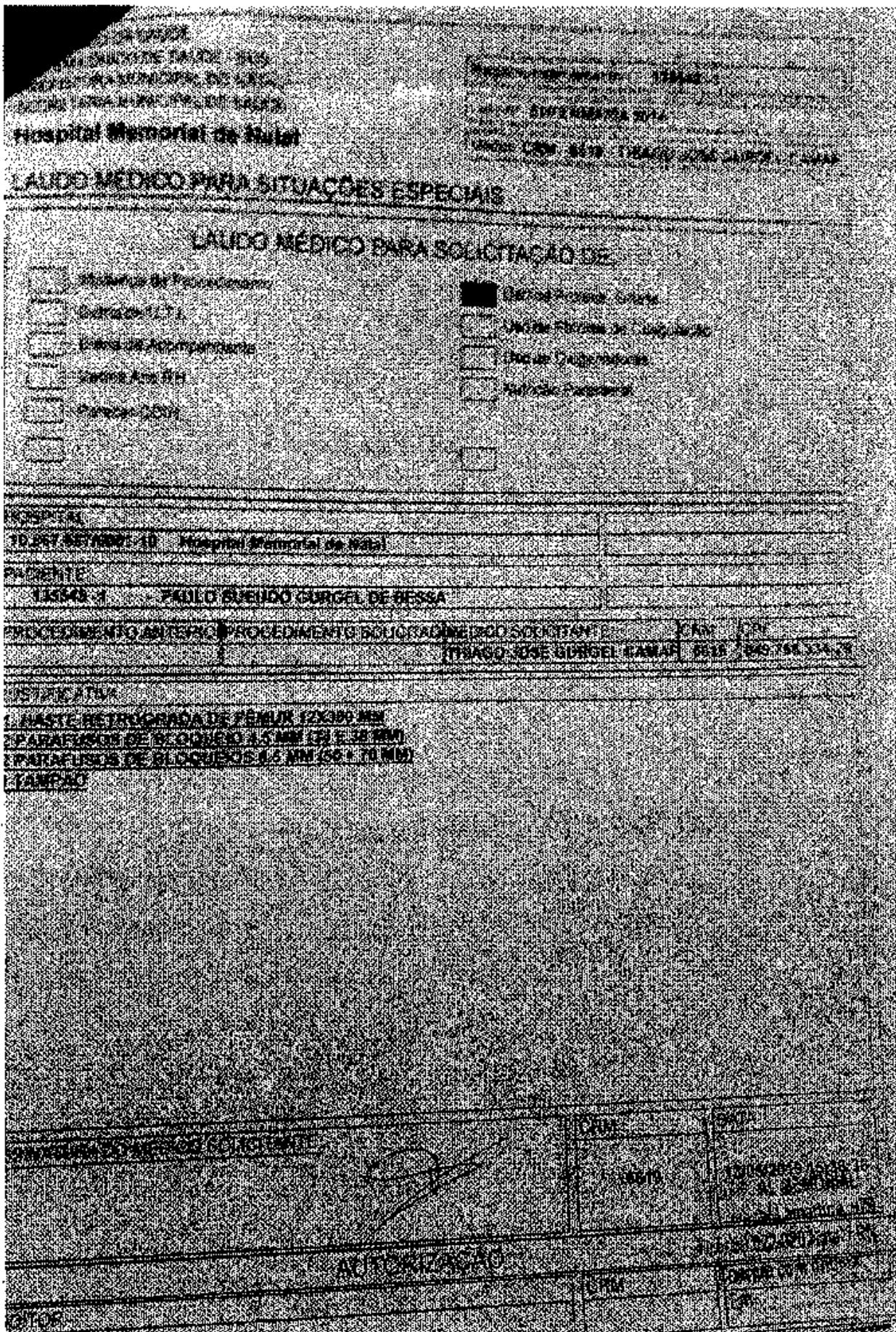
Scanned by CamScanner





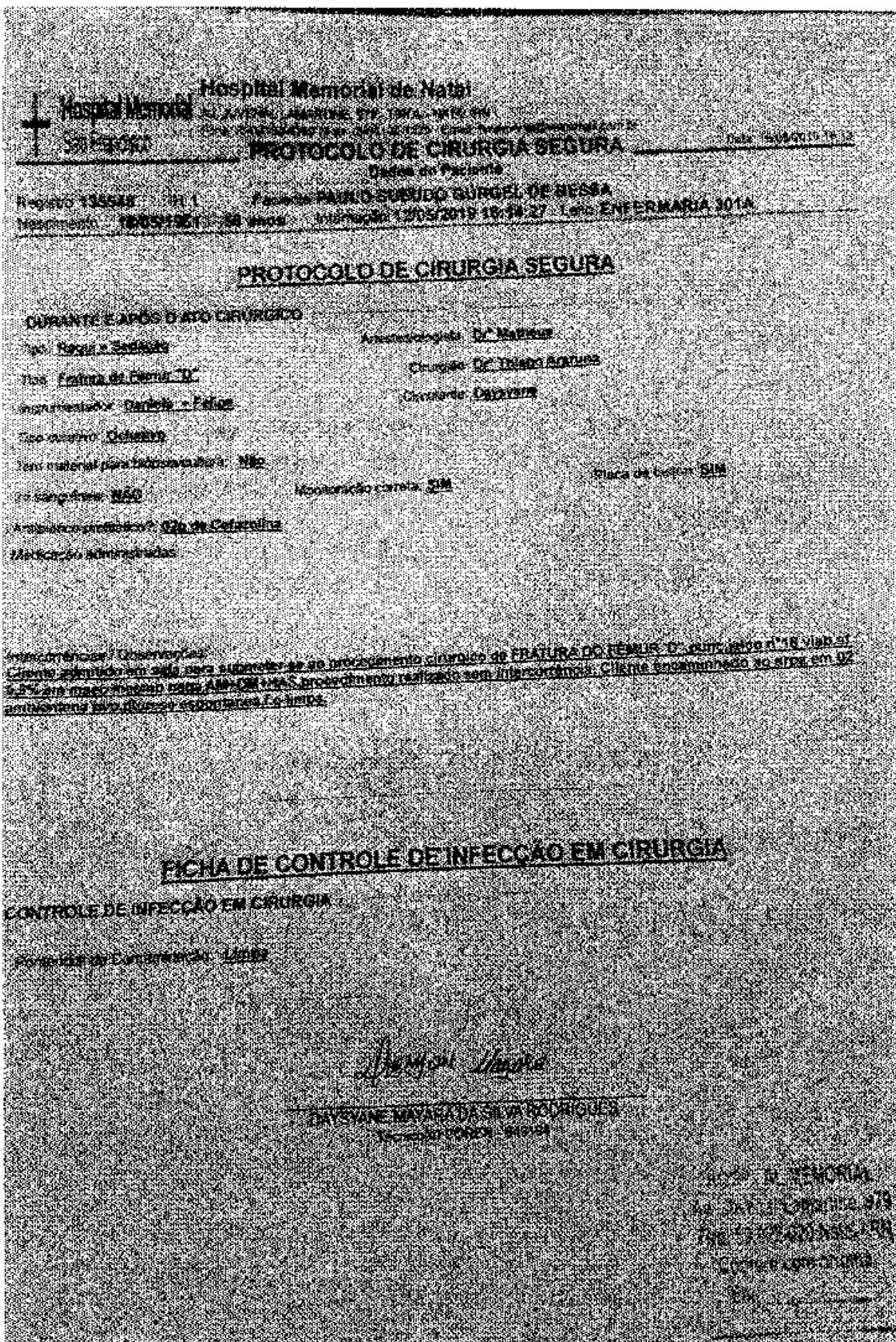
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Protocolo de Cirurgia Segura

Protocolo de Cirurgia Segura

Paciente: NOME: PAULO SOUTO VIEGAS DE SOUZA
NASCIMENTO: 08/04/1945 / 74 ANOS. UNICO ENFERMARIO

ANTES DOATO CIRURGICO
Orientador: **ORIENTADO** (AINDA NEM REALIZOU O PROCEDIMENTO DE FRATURA DA CINTURA ALONGADA DO
MUSCULO PONTA DE PÉ) E ESTAMOS ORIENTANDO A ESTE PACIENTE A TIRAR A CINTURA ALONGADA COM CATETER TÉRMICO
EM SEU CIRURGIANO SILENTI, NESTA OCASÃO CUIDADO PRA ESSA

Proteção pre-estimativa: NAO
Na reserva: SIM Processo: NAO Juntas: NAO Membro e lado de servir: NIE
Exame laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Rx: SIM-DTO-01
Alergias (medicamentos, alimento, exames): NAO
Assinatura Responsável

Opções Exames

COREM-81990-SARA BORGES COELHO DA SILVA

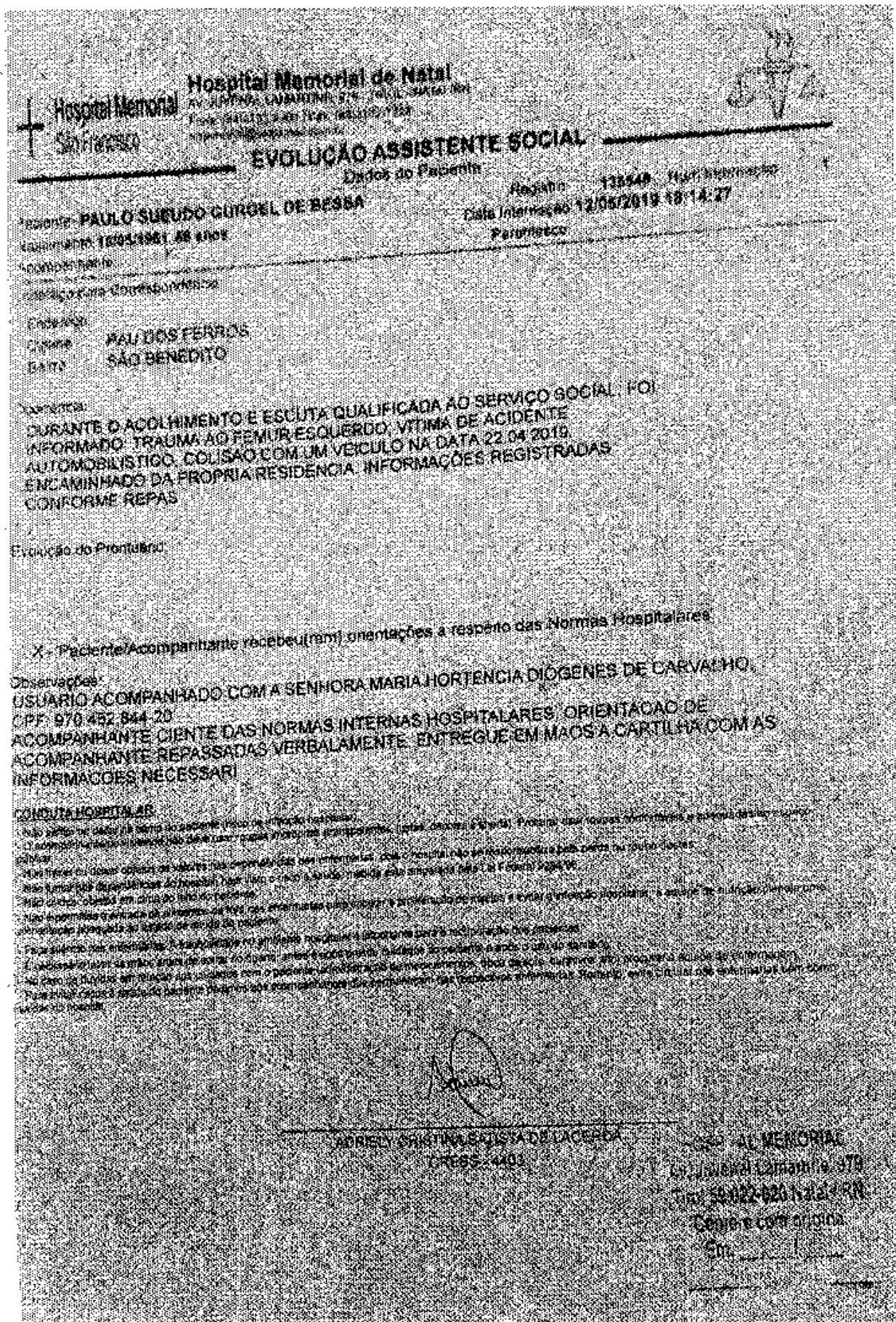
SRPA
Nível de consciente: **ORIENTADO** Oxygenterapia: **AMBIENTE**
Acesso venoso: SIM Duração: SIM Aclente: NAO Siderose: NAO Membr. NAO
Hipotensão: NAO Risco de Controle: NAO

Medicamentos administrados:

CLIENTE: NAO. O PACIENTE NAO PRESENTE. NAO PRESENTE. NAO PRESENTE. NAO PRESENTE. NAO PRESENTE.
Nao tem medicamento para administrar. Nao tem medicamento para administrar. Nao tem medicamento para administrar.
RESPONSAVEL: NAO.
SEGUIMENTO: NAO.
VERIFICAÇÃO: NAO. NAO.

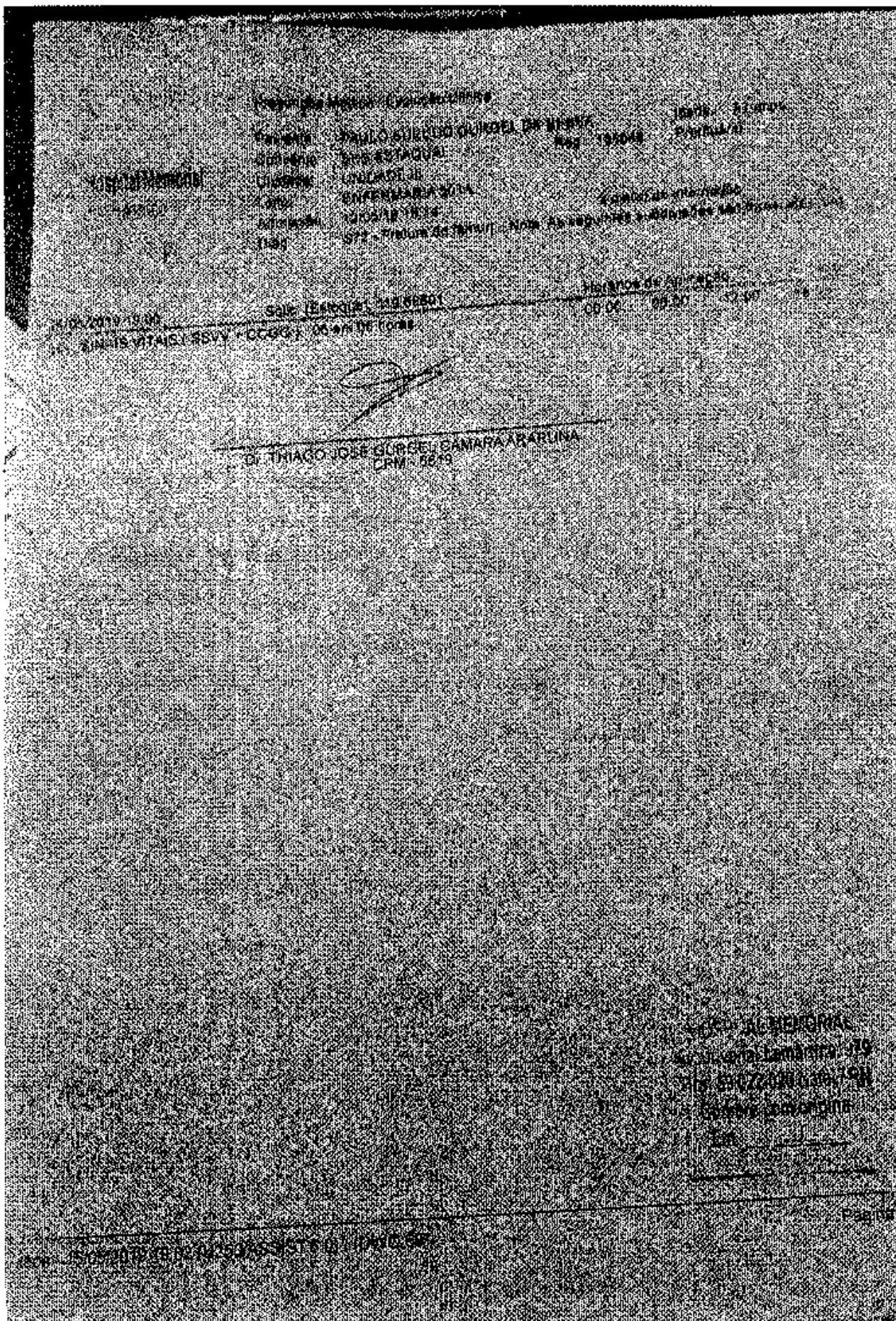
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:10:54
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010260810543230000059512044>
Número do documento: 2010260810543230000059512044

Num. 62044977 - Pág. 7



Número: **0802992-70.2020.8.20.5108**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.527,87**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO SUEUDO GURGEL DE BESSA (AUTOR)	GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62045 958	26/10/2020 08:18	<u>2758214_CONTESTACAO_Anexo_05</u>	Requerimento Administrativo

Hospital Memorial de Natal
Av. Presidente Vargas, 1751 - Centro - Natal - RN
CEP: 59010-000 - Fone: (84) 3222-2224

SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Av. Presidente Vargas, 1751 - Centro - Natal - RN

CEP: 59010-000 - Fone: (84) 3222-2224

CÓDIGO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

PROFISSÃO: ENFERMEIRO

Paciente: FÁTIMA SANTOS GURGEL DE MESSA

Registro: 102848 N° Internação: 1

Nascimento: 19/06/1963 - 56 anos Data Internação: 12/05/2019 14:14:27 Leito: ENFERMARIA 307A

DIAGNÓSTICO:

AS: IACÔNITO ETE: IACÔNITO ANÔMICO PARA E COAGULAMÔNICO DE MAGUEIRO ZAPA
SUBMETERÁ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Francinaldo

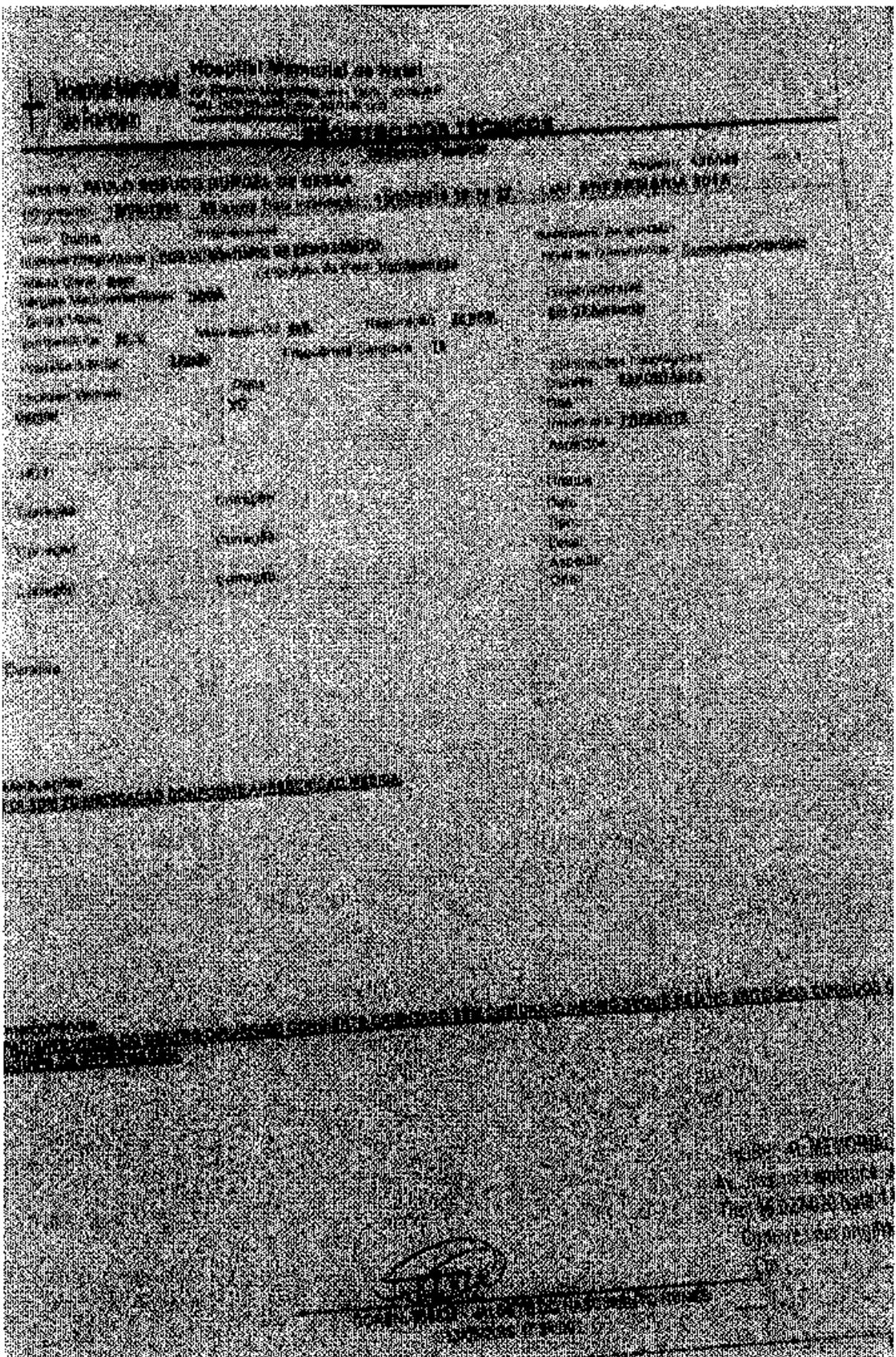
Assinatura:
Francinaldo Rodrigues
Assinado em 26/10/2020

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:18:33
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608183288100000059512916>
Número do documento: 20102608183288100000059512916

Num. 62045958 - Pág. 1

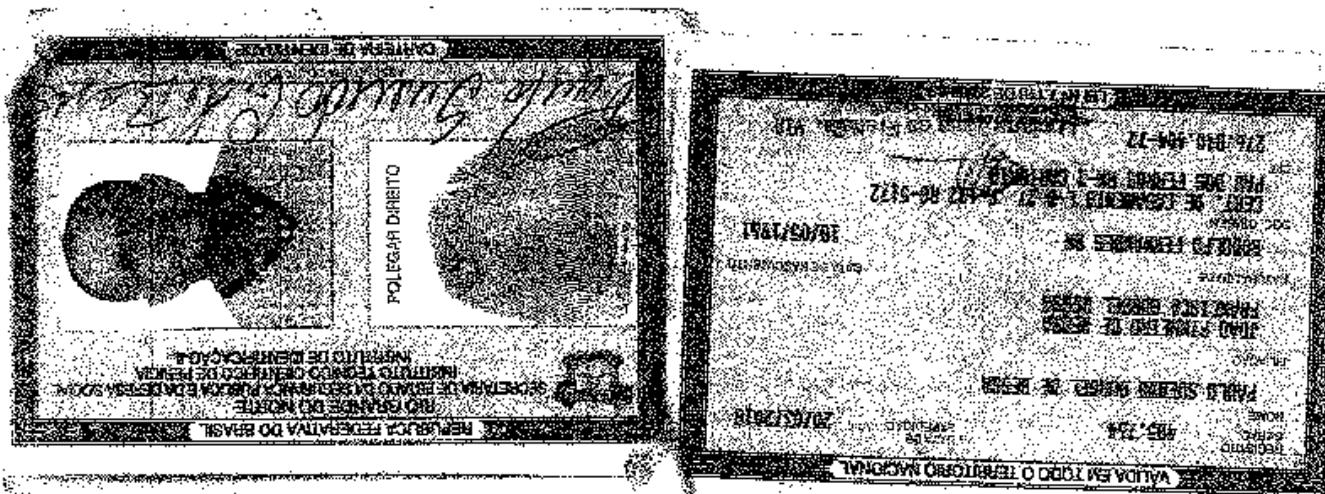
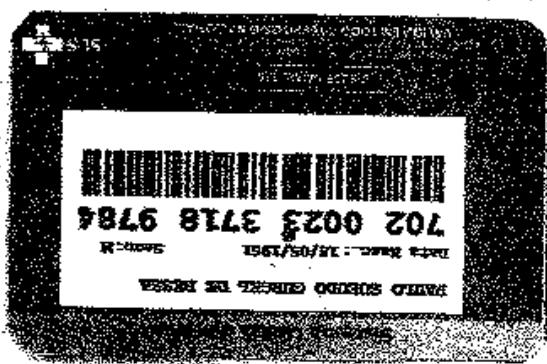


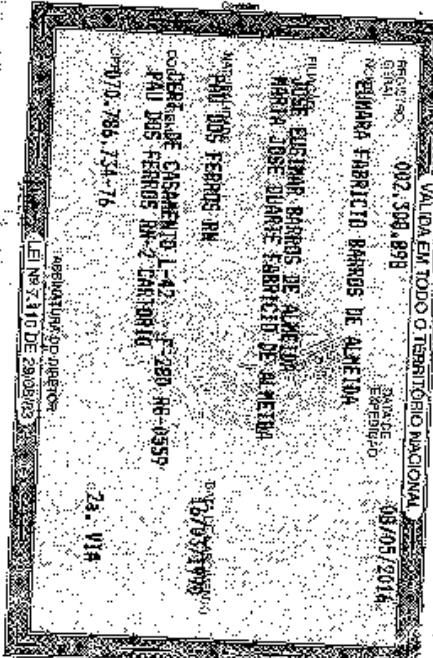
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:18:33
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608183288100000059512916>
Número do documento: 20102608183288100000059512916

Num. 62045958 - Pág. 2





1/03/2019.

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 26/10/2020 08:18:33
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102608183288100000059512916>
Número do documento: 20102608183288100000059512916

Num. 62045958 - Pág. 4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
VIA: 01043605948 GUITAC 2019

PAULO SABUJO SUREZ DE BESSA

CPF/CNPJ: 276.640.404-72 PLACA: QVG9252

PLACA ANT.: QVG9252 CHASSI: SCZKC1650FRD18207

ESPECIE: MOTO CICLICOS CONSUMÍVEL

PASSAGERO/ADULTO/ADOLESCENTE: MOTO/CICLICOS

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB.: 2015 ANO MOD.: 2015

CAP. POF: 01 CATEGORIA: PESSOAL PLACA: 01043605948

00V/149 CILIMETRADAS PARCULAR: VERMELHA

I COTA ÚNICA: R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA: 12/03/2019 VEN/ COTAS: 1º PAGO

P FAIXA FAVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO

A 002809 32 RG: 777777 3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 100,00 DATA DE PAGAMENTO: 12/03/2019

LICENCIAMENTO: DETRAN: PAGO DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: MOTOR: KC1650FRD18207

PAU DOS FERROS, 27/02/2019 DATA: 27/02/2019

Sticker by Recertificada RN
Companhia de Seguros do Nordeste

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DA FAZ TERRESTRE, COM SUA CARGA, 4 PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 013709352311 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOVAMENTE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 27/02/2018

VIA: 01043605948 PLACA: QVG9252

DESENHALO: HONDA/CG 150 TITAN ESD MARCA / MODELO:

ANO FAB.: 2015 CALIFARIA: 9 CHASSI: 9CZKC1650FRD18207

PRÉMIO TARIFÁRIO:

DEMITRAN (R\$) 100,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00 TIA (TAXA DE INSCRIÇÃO) 0,00

PAGAMENTO: DATA DE EMISSÃO: 27/02/2018

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE VENCIMENTO: 12/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Paulo Suedo Gurgel de Bessa, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Advogado, Data do Acidente 22/04/19
Cobertura total, portador(a) do RG 485.764, órgão expedidor
STF e Dam, do CPF: 246.840.904-72, residente no(a)
rua: carlos tauira, nº 659,
bairro: são benedito, município: Pará dos lemos, PR.

OUTORGADO:

Nome: Renata Fabrício B. da Mota,
brasileiro(a) estado civil: casado, Profissão: Recepcionista, portador(a) do
RG 072-308.898, órgão expedidor STF e do CPF: 090-786.754-75,
residente no(a)
rua: Augusto de Oliveira, nº 261,
bairro: Dominguinhos, Camaçari, município: Pará dos lemos, PR.

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.

Paulo Suedo G. de Bessa
Local e Data
21/05/2019

RECEBIDO
12 ABR 2019

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECONHECIMENTO
Suponho(a) (s) firmar(a) por autenticidade
Paulo Suedo Gurgel de Bessa

Paulo Suedo Gurgel de Bessa
21/05/2019
AVANÇA 100% MOTA PAIVA DIAS
REFLUXO SUBSTITUTIVO - CNAE 680 561 500

