



Número: **0820476-31.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENIVAL ANDRE DE ARAUJO (AUTOR)		FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62004563	23/10/2020 11:44	2761121_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02746

CONTA: 000000002522-6

Autenticação:

BC8032CF1D3CF1FF4474EBFCED099749BD972D67BFB473738FFED2DEAB413E02



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190277442 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO COMPLETA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, LEVE DESVIO ROTACIONAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/04/2019

Conduta mantida:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190277442 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, REDUÇÃO INCRUENTA, SUTURA, CURATIVO E TALA GESSADA) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190277442 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO COMPLETA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, LEVE DESVIO ROTACIONAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/04/2019

Conduta mantida:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 005.215.102 DATA DE EMISSÃO 30/05/2012

NOME NIVELIA SOARES DE LIMA

PROFISSÃO MANOEL SOARES DE LIMA

NATURA NIVELIA SOARES MARIANO DE FREITAS

NACIONALIDADE BRASILEIRA PE DATA DE NASCIMENTO 01/08/1983

DECL. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-4202 F-120 R2-89137

NATAL - RS-4 CARTÓRIO

CP-017.383.244-87

2A. FILA

10.0553.362017.0000

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBIDO

15 ABR 2019

TERRA DO SOLADM.

E CORRETORA DE SEGS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE POLÍCIA

COMPROBANTE DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128556/19

Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

CPF: 316.659.264-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/12/2018

Titular do CPF: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MICARLA SOARES DE LIMA : 017.393.244-47

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

GENIVAL ANDRE DE ARAUJO : 316.659.264-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: MICARLA SOARES DE LIMA
CPF: 017.393.244-47

MICARLA SOARES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67648 /2018

Admissão: 25/12/2018 02:34:08



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 107441 - GENIVAL ANDRE DE ARAUJO (56 a 9 m 10 d)

Nascimento: 15/03/1962 Natural: CORONEL EZEQUIEL BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: CPF:

Mãe: ADERITA BEZERRA DE ARAUJO

Pai:

Prof:

Logradouro: ANTONIO CERILLO DE MESQUITA, 33

CEP: 59164000

Bairro: PIUM

Cidade: NISIA FLORESTA

Telefone: 84 991701620

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: PACIENTE SAD

Origem: H DEOCLECIO MARQUE LUCENA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 25/12/2018 02:32:05

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Colisão carro / moto - trauma na mão E com fratura exposta + trauma com corte em joelho E

Hora: 02:40 Paciente encaminhado do HDML vítima de colisão moto-carro, já avaliado previamente pela CG e ortopédia.

Apresenta fx exposta em mão E necessitando de limpeza cirúrgica

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

4 Vagües / 1 amarelo.

3 M.O. bilobado / R

2 RCR em 2T clara

1 Glasgow 15

3 Presença de em joelho E e ferimento em mão E

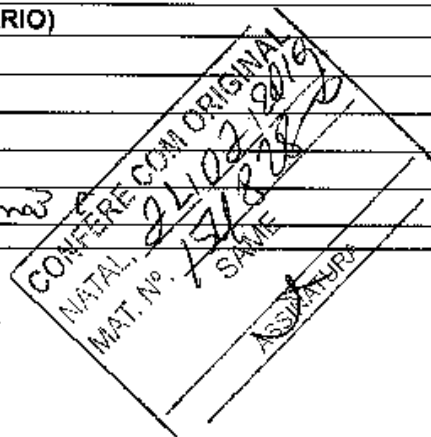
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fraturas expostas do 4º e 5º metacarpo

Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 25 de Dezembro de 2018.





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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Genival Aníbal de Araújo

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

25/12/18

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Paciente submetido a laparoscopia com
redução dos pedículos e mobilização geral
para total, incluindo os 4º, 12º e 23º
al: vide prescrição

Francisco Genival Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/RN 4120

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



FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A DRAICAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAM NESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS:
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<i>Exo politica p. cultura e joelho</i>	
<i>Interambulatório e</i>	
<i>Excomininar no C.C.</i>	
<i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i>

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: <i>Interambulatório</i>	DATA: <i>25/12/18</i> HORA: <i>05:45</i>
SAÍDA:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐ Transferido para:
ÓBITO:	DATA: <i>/ /</i> HORA:
Entregue à família	com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Assinatura e Carimbo do Responsável

Destacar dessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA: HORA:
SAÍDA:	DATA: HORA:
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐ Transferido para:
ÓBITO:	DATA: HORA:
Entregue à família	com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Genival Ache de Araujo Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: fratura exposta do 4º, 5º MC EIndicação terapêutica: limpeza cirúrgica e redução Urgência (☒) Eletiva (☐)**INTERVENÇÃO**Data: 25/12/2019 Início: Término: Duração:Operador: RG André Gomes CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

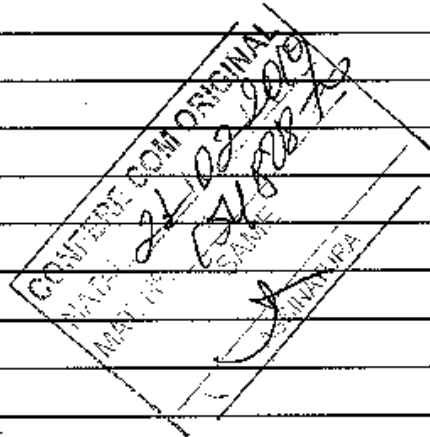
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Moisés CRM/CRO:**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

paciente do DDH, feito antissepsia e
opressão, lobotomia de lipos, operações
limpeza cirúrgica e/ ST 09%, redução, redução
inchaço, curativos, todo processo.

Francisco Cavalcanti Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna Vertebral
CRM/RN: 4728



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/10/2020 11:44:40

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102311444064100000059473745>

Número do documento: 20102311444064100000059473745

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) VAT her 15 anos

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIAS MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Orientado tomar refugo da VAT.

VAT - M

Rx local em evolução de hemo em
presença
sem conduta de urgência pela Cr. Qual

Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

Realizado mapa de PEE em jejum
Biquinho clamping + Antirrefluxo +
constata com Lidocaína 2% + Rapa com
Nylon 3-0.

① Cefotaxima 1g EV, q8h
② Dipirona 500mg O comp + 18h de 430, EV

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 *Ortopedia*

HORA: 02:43

DATA: 25/12/18

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

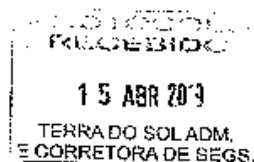


VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito
VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101456 foi registrado em nosso banco de dados em 31/12/2018 às 10:21:28 com o código de controle 8731

NOVA CONSULTA





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 101456

1 - LOCAL E DATA

Local RN-313 Bairro CAJUPIRANGA
Cidade/UF PARANATIM / RN P. Ref. TIKKER AGAT, Nº 1000
Data 25/12/2018 Hora do acidente 22:40 Hora do registro 00:20 Dia da semana TERÇA-FEIR

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi NN-7907 Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
Marca/Mod. HONDA CG150 TITAN Cor CINZA Ano 2010 / 2010
Proprietário GENIVAL ANDRÉ DE ARAÚJO Nº de Ocupantes 2
Condutor GENIVAL ANDRÉ DE ARAÚJO Data de Nasc. 15/03/1967
Endereço RUA ANTONIO CERICO DE MESSQUITA Nº 33 Fone 9.371.6535
Bairro COLÔNIA DE VIM Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
CPF Nº 316.659.264-49 CNH Nº 04193699323 Validade 19/11/2018 Categoria A
Local de Trabalho COND. MAR DE COQUELO Fone _____
End. Av. JOSE SEABEN Nº 1042 Bairro COQUELO Cidade PARANATIM

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi M215735 Cidade PARANATIM UF RN
Marca/Mod. FIAT PAULINO NEGRO Cor VERDE Ano 2009 / 2009
Proprietário FABIO ANDRÉ DA SILVA MESQUITA Nº de Ocupantes 2
Condutor FABIO ANDRÉ DA SILVA MESQUITA Data de Nasc. 13/12/1976
Endereço RUA JAYRO Nº 15 Fone 9.9160.3777
Bairro ROÇAS PARQUE DAS NAÇÕES Cidade PARANATIM UF RN
CPF Nº 034.645.544-91 CNH Nº 02227338940 Validade 07/11/2022 Categoria A/B
Local de Trabalho UBER Fone _____
End. Av. JALGARD FILHO Nº _____ Bairro TIOLO Cidade PARANATIM

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ 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. _____ Cor _____ 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 _____

RECEBIDO

15 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS



7.2. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RN-313
 Em que sentido? VIM / BR-101 Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALGUA QUE TRANSITAVA NA RN-313, SENTIDO BR-101, QUANDO VA INTRADIU A VIA ATRIBUIDA A LATERAL DE V1.

Assinatura do Condutor de V1 Fernanda Christina Flôr Linhares

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RN-313
 Em que sentido? BR-101 / VIM Em que faixa? FAIXA ÚNICA

Versão do condutor CONDUTOR ALGUA QUE TRANSITAVA NA RN-313, SENTIDO BR-101 / VIM, NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO AS FAIXAS SE CONVERGIRAM TAVIA UMA FAIXA, NÃO PARCEBENS SUBIU O CANTEIRO CONTRAL, FENTOU FREAR, MAIS O VEICULO FOI XOU, E AGENAS UMA PARTE DE V2 ENTROU NA CONTRA MÃO ATRINGINDO A LATERAL DE V1.

Assinatura do Condutor de V2 Fernanda Christina Flôr Linhares

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?
 Em que sentido?
 Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor de V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?
 Em que sentido?
 Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor de V4

100 da Polícia 404450 100 da Polícia 400730 100 da Polícia 41440040 100 da Polícia 400400 100 da Polícia 400400 100 da Polícia 400400



101456

8. CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. Tempo	Tipo da Pista	Caract. Pista	Cond. Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☐ Asfalto	☒ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☐ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ De Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Ative Ingrene	☐ Inundada	☐ De Semáforo
☒ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulina	☐ Cascalho	☐ Ative Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros: _____	☐ Terra	☐ Declive Ingrene	☐ Oleosa	☒ Linha <u>BOLINA</u>
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros: _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno		☐ _____
			☐ Entroncamento		☐ _____
			☐ Bifurcação		☐ _____

9. ESQUEMA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10. AVÁRIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVÁRIAS DO VEÍCULO 1: DE PROVISOR. ESQUERDO, ESTREBO ESQUERDO, RASGO NO BANCO.	AVÁRIAS DO VEÍCULO 2: PARALAMIA DIANTEIRO ESQUERDO, LOTE VISOR ESQUERDO, MOLHURA DO PARRAMA ESQUERDO.
AVÁRIAS DO VEÍCULO 3:	AVÁRIAS DO VEÍCULO 4:

--- Nº de Relatório: 101456 Nº de Comunicação: 000700 Data Registro: 24/09/2019 Hora Registro: 10:24:00 Número/Contato: 873406700735001



11. ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: PROLEGIO MARQUES Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: GELIVAL ANDRE DE ARAUJO
 RG Nº: 512909 Órgão Expedidor: SSP/RN Data de Nascimento: 15/03/1962
 Endereço: RUA ANTONIO GERVIL DE MESQUITA Nº: 33 Fone: 9.871.6585
 Bairro: COLONIA DO YUFI Cidade: NISTA FLORESTA UF: RN
 Versão: A HESTIA DO CONDUTOR DE V1
 Assinatura: Gelival Andre de Araujo Hora: 01:15

12. ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: PROLEGIO MARQUES Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: ANTONIA LUCIA DE LIMA ARAUJO
 RG Nº: 859.133 Órgão Expedidor: SSP/RN Data de Nascimento: 27/05/1962
 Endereço: RUA ANTONIO GERVIL DE MESQUITA Nº: 33 Fone: 9.871.6585
 Bairro: COLONIA DO YUFI Cidade: NISTA FLORESTA UF: RN
 Versão: LENDA AVENAS DUANDO O V1 INJADIU A VISTA E BATE NA
 Assinatura: SEM CONFIGOES DE ASSINAR Hora: 01:15

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

15. SOCORRISTA E VEICULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16. IMAGENS/FOTOS: ☐ SIM ☒ NÃO AVALIAÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃO AVALIAÇÃO: 18090579 CODICEDSO 5045/0

17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRANSITO
CONDUTOR E PASSAGEIRO FORAM CONDUZIDOS AO PROLEGIO MARQUES PELO
SABU CONDUTOR DE V1 SUSPEITA FURTEIRA NA MÃO ESQUERDA, PASSAGEIRO DE
V1 POSSIVEL FRATURA NA PERNA ESQUERDA, PASSAGEIRO DE V1 SEM CONDI
COES DE ASSINAR. AO CHEGAR AO LOCAL OS VEICULOS TINHAM ZILLO
REMOVIDOS DO LOCAL. TRAJETORIA DE V1 E V2 BASEADO NA VERSÃO
DE CASSIA CONDUTOR, CONDUTOR DE V1 FOI AUTUADO TENDO SUA CNH
RECOLHIDA POR ESTAR A FOM DE 30 DIAS EM ATRASO

Nome Completo do Agente: Carlos Wagner Freire da Silva
 POSTO/GRAD: CABO PM Nº: 97.913 Vítima: DRE-117 Subunidade: 120/RE
 Local e Data: PARANAMIRIM/RN 25 de DEZEMBRO de 2018
 Assinatura do Agente de Trânsito: Carlos Wagner Freire da Silva



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

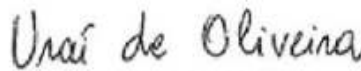
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190277442
Nome do(a) Examinado(a): Genival Andre de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Cirilo Mesquita, 33 Colonia do Pium
Zona Rural Nisia Floresta RN CEP: 59164-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 512909
Data local do acidente: [25/12/2018]
Data local do exame: [30/04/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 27/03/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO COMPLETA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, LEVE DESVIO ROTACIONAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTOS.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	316-659.264-49	GENIVAL ANAXES DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012		
Nome completo:	CPF:	
GENIVAL ANAXES DE ARAUJO	316.659.264.49	
Profissão:	Número:	Complemento:
Posteiro	33	EX 92
Bairro:	Cidade:	Estado:
CORONIA DO PIUM	NOVA FLORESTA	RN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
AZIMA@VIRASUL.COM.BR	59164000	(84) 99170-1620

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2746 ☐ CONTA: 02522 ☐ 6	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
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 filhas, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (val nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinalada

Local e Data: Nova FLORESTA RN 11/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

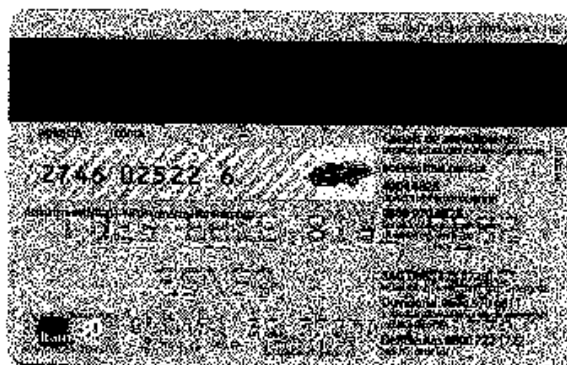
Assinatura

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

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

1 V001/2018







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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190277442

Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000002746

Conta: 000002522-6

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





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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190277442

Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

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 14200898

Pag. 01401/01402 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190277442

Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00601/00602 - carta_02 - INVALIDEZ

00020301



Carta nº 14213744

