



Número: **0801391-50.2020.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **08/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.045,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FIRMINO DA SILVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62421524	05/11/2020 09:53	2762126_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:	01/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000087805-0

Nr. da Autenticação C9035C6A10D3747E



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443556 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA. (P5 P6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA 29/03/2019	HORA DE ENTRADA 23:53h5	Nº ATENDIMENTO 229
---	--------------------	----------------------------	-----------------------

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME ANTONIO FERMINO DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 11/05/1972	IDADE 46A	SEXO M
CPF -	RG 34707142-9/SP	DATA DE EXPEDIÇÃO 205 8054 7228	CARTÃO SUS 6636
NATURALIDADE CALCO-RR	ESTADO CIVIL SOLTA	PROFISSÃO SERVENTE	RÇA/COR M
NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS	NOME DO PAI FERMINO JOVENO DA SILVA		
ENDEREÇO R. PRES. CASTELO BRANCO N: 103	BAIRRO PAULO VI		
CIDADE/ESTADO CALCO-RR	TELEFONE DE CONTATO 99839-3350	ESCOLARIDADE FUNDAMENTAL INCOMPLETO.	
FORMA DE CHEGADA			
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO:			

CAMPO 2 – SINAIS VITAIS			
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.			
PA: 150x80 mmHg	FC: 111 bpm	FR: 20 irpm	Temp. axilar: °C SpO2: 98 % Glicemia: mg/dl

CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ESCORE DE GLASGOW			ESCORE DE DOR						
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
									6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
REAValiação		REAValiação		REAValiação		HORA		HORA		HORA			
										ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN			

CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
Coluna média com dor leve pelo estômago em posição Nega cefaléias, dispnéia, tórax, pulmões, abdômen, rins, membros inferiores.	
DIAGNÓSTICO INICIAL	

CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: _____
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> IONOGRAMA	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>

Número do documento: 20110509534757500000059866327



Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 25/04/19 - INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: UHRG
PACIENTE: Antonio Firmiano da Silva DN: 11/10/72
RG: 39 707 142 9 CPF: 812 631 124 - 04 SUS: 709 8054 9228 6636
ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M IDADE: 46 TELEFONE: 99913265
PAI: - MÃE: Maria dos Santos
ENDERÇO: presidente castelo Branco Nº
BAIRRO: paulo VI CIDADE: Caicó UF:
MÉDICO: Dr S. Filho
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Lesão pp. Ext

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

Lesão

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: Ortopedia
CID: CODIGOSIA/SUS: 03.03.09.007-3
EQUIPE MÉDICA: CIRURGIÃO: Dr. Silvio Santos Filho CRM:
AUXILIAR: Traumatologista CRM:
TEOT 9875 CRM/RN 4419

NATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: CRM: AUDITOR:





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <u>ANTONIO FERNANDO DA SILVA</u>	4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>028840</u>
CPF: <u>8 1 2 6 3 4 1 2 4 0 4</u>	RG: <u>3 4 7 0 7 1 4 2 9</u>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>7 0 5 8 0 5 4 7 2 2 8 6 6 3 6</u>	6. DATA DE NASC. <u>11/05/72</u>	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>MARIA DOS SANTOS</u>	DDD <u>RN</u>	9. TELEFONE DE CONTATO <u>999913265</u>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>R. PRES. CASTEL BRANCO N. 103 - PAU DE V.</u>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>CACÓ</u>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <u>RN</u>
		14. CEP: <u>59300000</u>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Lesão de 4º grau</u>			
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Refratário</u>			
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Verificar</u>			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fratura de 4º grau</u>	19. CID 10 PRINCIPAL: <u>Z478</u>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Dextro</u>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>0 4 0 8 0 6 0 3 5 2</u>		
24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <u>Dr. Silvio Soares Filho</u> <u>Ortopedista e Traumatologista</u>	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>25/11/19</u>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <u>Dr. Silvio Soares Filho</u> <u>Ortopedista e Traumatologista</u> <u>CRM-RN 4414 - TBO 25821</u>	
31. () ACID. DE TRANSITO			
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
34. CNPJ DA SEGURADORA		35. Nº DO BILHETE <u>12 021 219 33 980</u>	36. S. <u>2</u>
37. CNPJ DA EMPRESA		38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>

Número do documento: 20110509534757500000059866327



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

ANTONIO FERREIRO DA SILVA

REGISTRO/PRONTUÁRIO: 028840	DATA NASCIMENTO: 11.05.1972	SEXO: M
ENDEREÇO (Rua, Número) R. PRES. CASTELO BRANCO, N. 103	BAIRRO: PAULO VA	
MUNICÍPIO: CAETANO	UF: RN	CEP: 59300000
NOME DO PAI: NAO CONSTA	NOME DA MÃE: MARIA DOS SANTOS	TELEFONE: 999913265
RESPONSÁVEL:		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA: <input type="checkbox"/> MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fractura de fêmur	MÉDICO SOLICITANTE Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TITULO 0028 CPF 021.229.494-44	
INTERNAÇÃO DATA: 25.04.19 HORA:	ORIGEM RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE:
PROCEDÊNCIA:	CARATER DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) Reparo	TIPO DE PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	DATA: 26.04.19 HORA:
APRESENTOU IFECCÃO? <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): <input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:
A MORTE: Contorno com...	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) Dr. Silvio Santos Filho

A MORTE: Contorno com...



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>

Número do documento: 20110509534757500000059866327



RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE	
Nome: <u>Antônio Silveira Silva</u>	
Data de nascimento: <u>11/05/1972</u>	Idade: <u>47</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe: <u>Monica da Silva</u>	
Numero do prontuário: <u>088940</u>	Cartão do SUS: <u>30580543214636</u>
Endereço: <u>Residência: Castelo Branco, Puletti</u>	Cidade de procedência: <u>Caracara - RN</u>
PRÉ-OPERATÓRIO	
Data do procedimento: <u>05/04/19</u>	
Sector de procedência: <input type="checkbox"/> Clin. cirúrgica <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> Urgência	Enf/leito: <u>1101</u>
Jejum? <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tempo de jejum: _____	<input type="checkbox"/> Não Tipo de alimentação: _____
Alergias? <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
Lateraldade? <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	<input type="checkbox"/> NA
Retirada de adornos e/ou próteses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
Uso de marcapasso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
Profilaxia para TEV? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA
Comorbidades? <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Uso contínuo de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____	
Confere com o <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

Sinais vitais: PA: <u>130x80</u> mmHg	Glicemia: _____ mg/dL	Tax: _____ °C
Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Prontuário? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Transporte seguro até o centro cirúrgico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tipo de transporte: <input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		
Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às _____		
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Livia Karina Freitas da Silva</u>		
TRANS-OPERATÓRIO		
Chegada do paciente às <u>13:00</u>	Sala de cirurgia nº <u>01</u>	
Checkagem de equipamentos e da sala		
<input type="checkbox"/> Carro de anestesia + alarmes	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio/oxímetro	<input type="checkbox"/> Focos de luz
<input checked="" type="checkbox"/> Aspirador	<input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico + placa	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Realizada desinfeção da sala	<input checked="" type="checkbox"/> Validação das embalagens esterilizadas	
Tipo de procedimento: <u>Retirada de fio</u>		
Tipo de anestesia: <u>Suave</u>		
Equipe cirúrgica		
Cirurgião: <u>Dr. Silvio</u>	Cirurgião/Auxiliar: _____	
Anestesiista: <u>R. Siqueira</u>	Instrumentador: <u>Volnei</u>	
Circulante(s): <u>Adriana</u>		
Transposição do paciente: <input type="checkbox"/> Maca e mesa niveladas <input checked="" type="checkbox"/> Trava da maca e da mesa cirúrgica		
Risco de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim (2 AVP calibrosos) <input checked="" type="checkbox"/> Não		

Capó - RN, 28/06/2019.

Antônio Silva
MAT. 153808-0



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Antonio Lúcio de Silva		

Nome do Procedimento Cirúrgico:
Retificação de Bico

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)							
Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno	
25/04/11	13:45h	13:55h	10min				

Des. + 1
F. + P
Ret. bico
Anest. +

Confere com o Original

Caicó - RN, 28.06.19.

MT-153808-0

Cirurgião
Dr. Sílvia Santos Filho
Otorrinolaringologista e Fonoaudiólogo





ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 028840 DATA: 25.04.2019.

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FERREIRO DA SILVA

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.

Lesão por
Queda

Confere com o Original

Calço - RN, 28.06.19.



MT-153808-0


HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

Lesão por
Queda

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4414 - T18JT 0828



 HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ Telecilia Freitas Fontes Estrada do Perimetro Irigado de Sabugi, S/N Paulo VI - Caldeirão I - Contatos: 3421-9630 / 3421-9628 CNPJ: 08.241.754/0135-57		GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE	
URGENCIA E EMERGENCIA			
NOME:	ANTONIO FERNANDO DA SILVA		
DATA:	28.04.2019.	LEITO:	
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo com o Original

Calço - RM, 28/04/2019.

447.153808.0



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443556 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA. (P5 P6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249997/19

Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

CPF: 812.631.124-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/03/2019

Titular do CPF: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

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
Outros

MARIA DOS SANTOS : 596.756.324-53

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

ANTONIO FIRMINO DA SILVA : 812.631.124-04

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: 23/07/2019
Nome: MARIA DOS SANTOS
CPF: 596.756.324-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

MARIA DOS SANTOS

BRENO SANTANA DE ANDRADE





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19016446B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 29/03/2019 Hora: 22:15 Município: CAICO/RN
BR: 427 KM: 97,4 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: ROBERTO CARLOS, 1070495

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Interseção de Vias	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

CONFORME FOI VERIFICADO NO LOCAL DO ACIDENTE, POR VOLTA DAS 22:15H DE 29/03/2019, NO CRUZAMENTO DA BR427(AV. CEL MARTINIANO) COM A RUA CMTE. EZEQUIEL, NO MUNICÍPIO DE CAICO /RN, O V1(MOTONETA TRAXX DE PLACA QGR-1741), CONDUZIDO POR ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA, CPF 812.631.124-04, DE 46 ANOS, NÃO HABILITADO, QUE TINHA COMO PASSAGEIRA A SENHORA GEILDA CAIANA DA SILVA, CPF 605629351-44, DE 45 ANOS, PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU FRONTALMENTE COM O V2(VW FOX DE PLACAS NNZ4722), CONDUZIDO PELO PE. IVANOFF DA COSTA PEREIRA, CPF303010504-06, DE 56 ANOS, QUE FAZIA CONVERSÃO À ESQUERDA, TENDO OS OCUPANTES DA MOTONETA CAÍDO NO LOCAL DA COLISÃO E FICADO FERIDOS COM LESÕES GRAVE E LEVE E SOCORRIDOS PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN. NÃO OCORRERAM DANOS RELEVANTES AOS VEÍCULOS, NO ENTANTO, A MOTNETA ESTAVA COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E FOI APREENDIDA PELA PRF. NO HOSPITAL, O CONDUTOR DO V1 RECUSOU-SE A FAZER O TESTE DO ETILÔMETRO E SUA COMPANHEIRA AFIRMOU QUE O MESMO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA, TENDO SIDO AUTUADO PELA RECUSA.



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do

191

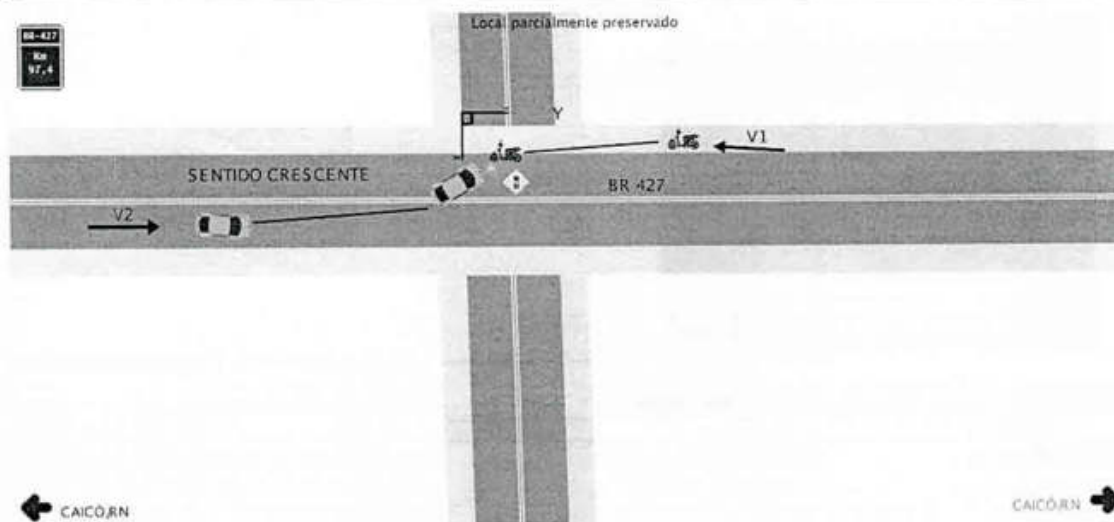


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
VÉRTICE DO PLANO CARTESIANO É A HASTE DO SEMÁFORO	4,60	14,30

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando

191

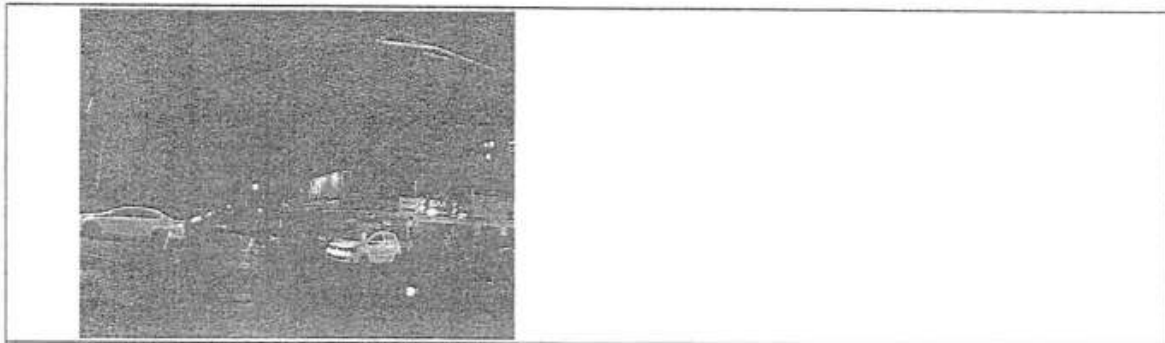


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - QGR1741 - CICLOMOTOR

V1 - Informações

Placa: QGR1741 Marca/modelo: TRAXX/JL50Q-9

Renavam: 01115884384

Ano fabricação: 2013 Chassi: 951AXKBE0EB000617

Tipo de veículo: Ciclomotor

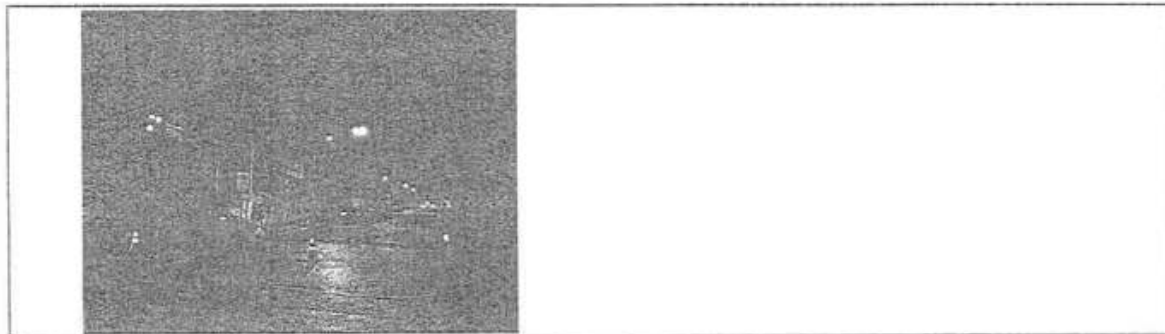
Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Outras

Informações complementares: O VEÍCULO TIPO MOTONETA DA MARCA TRAXX DE PLACA QGR-1741 AVANÇOU O SINAL VERMELHO PELO ACOSTAMENTO E COLIDIU FRONTALMENTE COM O AUTOMÓVEL VW FOX DE PLACAS NNZ-4722 QUE FAZIA CONVERSÃO À ESQUERDA.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / TRAXX/JL50Q-9

Placa: QGR1741

Nº BOAT: 19016446B01

Nome do Agente: ROBERTO CARLOS

Matrícula do Agente: 1070495

Data: 29/03/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Nao	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V1 - Proprietário

Nome: GEILDA CAIANA DA SILVA

CPF/CNPJ: 605.629.351-34

Email:

Telefone:

Endereço: RUA ANTÔNIO GARCIA, 1084, PARAÍBA, CAICO-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANTONIO FIRMINO DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Data de Nascimento: 11/05/1972

CPF: 812.631.124-04

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: ENVOLVIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ /RN.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA DEVETE NOBREGA, 90, PAULO VI, CAICO-RN

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - GEILDA CAIANA DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: GEILDA CAIANA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/04/1973

CPF: 605.629.351-34

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: ENVOLVIDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN.

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: ALVARO BEZERRA, 1510, METROPOLITANO, CAUCAIA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida em site <http://www.titf.gov.br/validacao/autenticar>, informando

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - VEÍCULO 2 - NNZ4722 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: NNZ4722 Marca/modelo: VW/FOX 1.0 GII
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9BWAA05Z0B4162396
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Saindo da via

Renavam: 00308942370
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / VW/FOX 1.0 GII

Placa: NNZ4722

Nº BOAT: 19016446B01

Nome do Agente: ROBERTO CARLOS

Matrícula do Agente: 1070495

Data: 29/03/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.brf.gov.br/bovot/autenticar>, informando

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19016446B01

V2 - Proprietário

Nome: PAROQUIA DE SAO SEVERINO MARTIR

CPF/CNPJ: 08.070.468/0022-99

Email:

Telefone:

Endereço: PRAÇA JOÃO DAMASCENO BATISTA, TIMBAUBA DOS BATISTAS-RN

V2C - CONDUTOR DE V2 - IVANOFF DA COSTA PEREIRA

V2C - Informações

Nome: IVANOFF DA COSTA PEREIRA

Data de Nascimento: 27/06/1962

CPF: 303.010.504-06

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 06/09/1986

Nº Registro: 02478498427

UF: RN

Vencimento da habilitação: 23/11/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: R ZECO DINIZ, 1243, CASA, PENEDO, CAJICO-RN

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS, matrícula 1070495, Polícia Rodoviária Federal, em 18/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando

191









Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443556

Vítima: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FIRMINO DA SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

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

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANTONIO FIRMINO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 758

Conta: 0000087805-0

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.

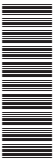
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta_15R - INVALIDEZ

00020958



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:53:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509534757500000059866327>

Número do documento: 20110509534757500000059866327



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: 812.631.124-04 Nome completo da vítima: ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA CPF: 812.631.124-04

Profissão: VIGILANTE Endereço: RUA TENENTE DEWET NÓBREGA Número: 90 Complemento:

Bairro: BOA PASSAGEM Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000

E-mail: caicoseguros@gmail.com Telefone: 84-99801-5199

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

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00087805 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 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 filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Caicó-RN, 19 de Julho de 2019.

Nome: ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA

CPF: 812.631.124-04

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)