



Número: **0858588-69.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **12/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THALIA SILVA DE SOUZA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62664546	11/11/2020 18:02	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
62664549	11/11/2020 18:02	<a href="#">2765890_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros documentos

Juntada de contestação e documentos.



# 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:	05/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALIA SILVA DE SOUZA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000077346449-2

---

---

Nr. da Autenticação 32F7B80D08826869



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200142429 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THALIA SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 INTENSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** & @1

\*PÁG. 16\_EVOLUÇÃO MÉDICA.

\*\*CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/03/2020 DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES CRM-RN 6224

**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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Mendes Bernardino de Souza  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Thalia Silva de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.672.224 / 75  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidity / Damo da Vítima Thalia Silva de Souza  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.672.224 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Brasilício Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anequim</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>39173-000</u>	Tel.(DDD): <u>(14) 99806-1091</u> <u>(14) 99134-3002</u>

Local e Data: Parnamirim 03 de Fevereiro de 2020.

Marcos Mendes Bernardino de Souza  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





**Dr. Tiago Andrade**  
Ortopedia & Traumatologia  
CRM 6224 RQE 2967

### **Laudo Médico**

- ⌘ THALIA SILVA DE SOUZA
- ⌘ 22 ANOS
- ⌘ 20 / 05 / 2019 (data do acidente)
- ⌘ Acidente motociclistico
- ⌘ Paciente sofreu politrauma na data mencionada acima, que resultou em FRATURA EXPOSTA DE JOELHO DIREITO. Esse caso, devido à gravidade, necessitou de tratamento cirúrgico.
- ⌘ Atualmente, mesmo após tratamento cirúrgico, evoluiu com sequela física em membro acometido (MEMBRO INFERIOR DIREITO). A sequela física se caracterizou por alterar a marcha, ou seja, o paciente "manca", em dor forte no local e perda de flexão do joelho direito 75% do arco de movimento. Essa sequela enquadra o paciente em pessoa com deficiência física permanente, adquirida por acidente.
- ⌘ Alta médica definitiva
- ⌘ CID-10: T93 / S82.0

Natal/RN 30 de março de 2020



Atenciosamente.

Dr. Tiago Andrade Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 6224

**DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES**  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM 6224 – RQE 2967

ESPAÇO FISIO COMFORT – AV. RODRIGUES ALVES 1272 – (84) 2030 5181  
CLÍNICA OITAVA ROSADO – UNIDADES PARNAMIRIM E ZONA NORTE – (84) 3315-6900  
CLÍNICA POTIGUAR – UNIDADE ALECRIM – (84) 3025-6561  
POLICLÍNICA MAIS SAÚDE – (84) 2020-1080



 <b>NATAL</b> <small>CAPITAL DO RIO GRANDE DO NORTE</small>	<b>PREFEITURA DO NATAL</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA</b> <b>SAMU 192 NATAL</b>	 <b>SAMU</b> <b>192</b>
--	--	---

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THALIA SILVA DE SOUZA**, foi atendida por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 20/05/2019, aproximadamente às 15h24min, na rua Professor Luiz Rodrigues, Pajuçara, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 259585/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 04 de junho de 2019.

  
**CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO**  
 Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal  
 Matrícula 72.468-1



# SUS

## Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar Nº 12134 / 2019

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **106731 THALIA SILVA DE SOUZA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 21/09/1997 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS

Pai:

Endereço: RUA MARIA DA CONCEICAO SOUZA DOS SANTOS, 154 - SANTO ANTONIO DO POT Fone: 988091006 /

Município: SAO GONCALO DO AMARANTE Código Municipal IBGE: 241200 UF: RN CEP: 59297-678

Clínica de Acompanhamento: CIRURGIA GERAL

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO DO JOELHO NECESSITANDO DE SUTURA + LIMPEZA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:  
HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO



Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S81.0 FERIMENTO DO JOELHO\*413040178. TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA C

Profissional Solicitante / Assistente:

KALLYANDRE FERREIRA DE MEDEIROS

Dr. Kallyandre Medeiros  
Urologia - Andrologia TISBU  
CPF 754.469.594-04  
CRM - RN 3868

CRM: 3868 / RN

Data da Solicitação 20/05/2019

### PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH:





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 25641 /2019

Admissão: 20/05/2019 16:34:38

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 106731 - THALIA SILVA DE SOUZA (21 a 7 m 29 d)

Nascimento: 21/09/1997 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS

Pai:

Logradouro: MARIA DA CONCEICAO SOUZA DOS SANTOS, 154

CEP: 59297678

Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 988091006

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 20/05/2019 16:33:50

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120x80		93		21	110			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO - REFERE DOR NA CABEÇA+JOELHO DIREITO

Hora: 16:40

Paciente vítima de trauma moto-moto queixando-se de dor no joelho direito, em região occipital da cabeça refere que fez impacto decubito

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Visto: sinais físicos, com consciência e mobilização  
Respirando em ar ambiente AP mb e simétrico, sem RA  
Bom perfundidade FC: 110 bpm

D Glasgow 15

E Glasgow 15, digito, fêmur, aperto em joelho D e sintoma subgeloal, digito, leve

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdomen: plano, flexão, indur.

Pele: intacta

\*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via S3 por UZIMAR PEREIRA VALE Impresso em 20 de Maio de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS) <u>Nega</u>	
M(MEDICAÇÃO EM USO)	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) <u>Bebida alcoólica</u>	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL) <u>Ditavalgine (DT)</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<u>Solicita RX de joelho D e perna D, AP e perfil</u>	
CONDUTA PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS
<u>1) Voltaren 75mg amp. 1m, agora</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<u>- UAT- J M</u>	19:30
	20/05/19 Paciente em bloco cirúrgico para redução de fratura em joelho direito apresentando náuseas e vômitos. Class.
	15.
	1) Plommet 0,1m + 18ul ASD, EV, c/aca.
	2) Dipromone 0,1m + 8ul ASD, EV, c/aca.
	3) Nihil 40g 0,1m + 20ul ASD, CRM-RN 9184
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1 <u>ORTOPEDIA</u>	HORA: <u>18:55</u> DATA: <u>20/05/2019</u>
ESPECIALISTA 2	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA: DATA:
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / / HORA
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:	



HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4776 /2019

Prontuário: 1185292

Paciente: 106731 - THALIA SILVA DE SOUZA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 21/09/1997

Idade: 21 anos 7 meses 29 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS

Nome do pai:

Rua/Av: MARIA DA CONCEICAO SOUZA DOS SANTOS

Complemento:

Nº: 154

Bairro: SANTO ANTONIO DO  
POTENGI

CEP: 59297678

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 988091006 84 988091006

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 11

Responsável: THALIA SILVA DE SOUZA -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 20/05/2019 19:55:27	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: S81.0 - FERIMENTO DO JOELHO  
413040178 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Paciente admitida para realizar sutura de ferimento de partes moles  
em joelho direito. Procedimento sem intercorrências.  
Recebe alta hospitalar em 22.05.19

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 21/07/2019  
MAT. Nº 15488-26  
SOME  
ASSINATURA

Dra. Ana Cecília Matias  
MÉDICA  
CRM-RN 9164

NATAL, 20 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

RELATÓRIO DE  
HISTÓRIA CLÍNICA  
E EXAME FÍSICO

Nome: Thalita Silva de Souza

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 20.05.19

Hora:

#Admissão

Paciente vítima de colisão moto-moto, trazida pelo SAMU, apresentando dor e lesões cutâneas profundas com lacer de pele, subcutâneas e musculares. Rx de pescoço e joelho sem evidência de fratura.

Ao exame físico:

A - VD pescoço / clavícula

B - MVD bilateral / IRA, sem dor / fratura, sat 98% O2 ambiente

C - RCR em 2T CIBNF FC:110

D - Glasgow 15

E - lesões em joelho D e fraturas em perna D.

Conduta = Ao CC para repa da lesão

Dra. Ana Cecília Matias  
MÉDICA  
CRM 101016

+ Dr. Kelly Rocha



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.





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: Thalia Silva de Souza

Leito:

Idade:

Nº Registro:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

DATA

20.05.19

#Nota Opictoma#

Realizou repa de ferimento extenso em joelho D, sem perda de substância. Incurtamento em incinomeu.

Dra. Ana Cecilia Matias  
MÉDICA  
CRM-RN 9164

Dr. Kallyand

21/05/19

#Cir. Geral#

- 1º DPO de Repa da Lesão em Joelho D

Paciente evolui bem, aceita dieta decubital firmemente e M.D. no chã, diurese a Flatos. Nega queixas para o momento.

As Exame: BEG, LOTE, AAR, eufônica.

ACP sem alterações.

Abdome Flácido e indolo, RHA.

FO em bom aspecto.

gues

#Col: Revaloriz Alto

Karl Loui  
CRM-RN 9166

22/05/19

#Cr Qual#

2º DPO de repa de lesão em joelho D.

Paciente evolui bem, sem queixas, aceita dieta, FE preservada.

Sem dor.

As Exame: BEG, corada, hidratada.

ACP sem

Abdome flácido e indolo

mm: Presença de vesículas occlusivas limpas. FO em bom aspecto

CD: Alta Hospitalar

Dra. Ana Cecilia Matias  
MÉDICA  
CRM-RN 9164

Mito: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergência clínica, cirúrgica, 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.





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: Thalia Silva de Souza Reg. Nº 500735  
Diagnóstico pré-operatório: Lesão extensa em Joelho Direito  
Indicação terapêutica: Sutura de lã em 3/0 Urgência (X) Eletiva ( )

### INTERVENÇÃO

Data: 20/05/19 Início: 20:10 Término: 20:40 Duração: 30 minutos  
Operador: Dr. Z. Kallyandre CRM/CRO:  
1º Auxiliar: Dra. Ana Cecilia CRM/CRO:  
2º Auxiliar: Ad. Edson Filho CRM/CRO:  
Instrumentador: CRM/CRO:  
Anestesista: CRM/CRO:

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1. Paciente em Centro Cirúrgico em DDH
2. Realizada Asepsia e Antissepsia da ferida
3. Anestesia local com lidocaína a 1%.
4. Lavagem extensiva da ferida
5. Aproximação de bordas adjacentes
6. Realizada aproximação de bordas da ferida com fio Nylom 3-0
7. Realização da Hemostasia e Curativos compressivos 10.

Dra. Ana Cecilia Matias  
MÉDICA  
CRM-RN 9164

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

Coleta de material para microbiologia: (X) 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 ti de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**REN**

**MARCONES BERNARDINO DE SOUZA**

RG: 1894234 SSP RN

CPF: 961.069.154-88 DATA NASCIMENTO: 29/11/1982

PRIMEIRO NOME: BERNARDINO DE SOUZA  
 MARIA JOSE DE LIMA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCiante ☐ INDÚSTRIAL ☐ OUTRO

ESTADO CIVIL: ☒ CASADO ☐ SOLTEIRO ☐ VIÚVO ☐ DIVORCIADO

DATA DE EMISSÃO: 27/04/2019 DATA DE VALIDADE: 06/06/2024

*Marcones Bernardino de Souza*

NATAL, RN DATA DE EMISSÃO: 27/04/2019

1760741813

RIO GRANDE DO NORTE





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

402.672.229-75

4 - Nome completo da vítima:

Thalía Silva de Souza

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

5 - Nome completo:

Thalía Silva de Souza

6 - CPF:

702.672.229-75

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

Rua Nossa Senhora Aparecida 67

9 - Número:

67

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

AMORANTE

12 - Cidade:

São Gonçalo do Amarante RN

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59290-000

15 - E-mail:

(89) 99134-3008 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUFARMENOS S.A

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

47346492

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

47346492

(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (s):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal ou do procurador (se houver)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

São Gonçalo do Amarante 29/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Digitalizado com CamScanner

**ny Thalia**



**Banco 260 - Nu Pagamentos S.A.**

**Agência 0001**

**Conta 77346449-2**

Digitalizado com CamScanner



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME: <u>Thalia Silva de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>
PROFISSÃO: <u>Desempregada</u>	
IDENTIDADE: <u>39.12866</u>	CPF: <u>702.672.224-79</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Maria Senhora da Conceição nº 84 São Gonçalo de Amarante.</u>	

## OUTORGADO

NOME: <u>Marcenales Bernardino de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>
PROFISSÃO: <u>Motorista</u>	
IDENTIDADE: <u>1896734</u>	CPF: <u>061.089.354-80</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Brasileira Lamele 122, Graçaninha.</u>	

DATA DO ACIDENTE: 20-05-2019 COBERTURA: Invalidiz Idam

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Thalia Silva de Souza <sup>Parnamirim/RN</sup> 03/02/2020  
LOCAL E DATA



Thalia Silva de Souza  
ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**2º** **SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS**  
Paiva Amaral  
TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
Av. Brigadeiro Souto, 10 - Boa Esperança - CEP: 50140-590 - Parnamirim-RN - Tel.: (84) 2020-3000 / 3272-2295

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: **THALIA SILVA DE SOUZA**  
Parnamirim/RN, 03/02/2020 11:13:17 Em testemunho da

verdade. Dou fé. Emol R\$ 2,97  
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES- Substituto  
Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>  
Selo: RN202000953640012601YEX



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0111016/20

**Vítima:** THALIA SILVA DE SOUZA

**CPF:** 702.672.224-75

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** THALIA SILVA DE SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

#### THALIA SILVA DE SOUZA : 702.672.224-75

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/04/2020  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200142429 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THALIA SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 INTENSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** & @1

\*PÁG. 16\_EVOLUÇÃO MÉDICA.

\*\*CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/03/2020 DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES CRM-RN 6224

**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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>





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

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142429

Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THALIA SILVA DE SOUZA

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,

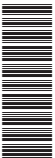
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 1569242

Pag. 00855/00856 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020428





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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142429

Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THALIA SILVA DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00217/00218 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200142429**

**Vítima: THALIA SILVA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 20/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), THALIA SILVA DE SOUZA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **THALIA SILVA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000077346449-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

034-597971718-4

03/FEV/2020

HORA DE 13:04:13

TERM 010120

LOT. 17.015113-1

LOCALIDADE: PARNAMIRIM

AG. VINCULADA: 2008

CONTROLE: 34108734

~~COMPANHIA DE SERVICOS E DE CAIXA~~

NOME: THALIA SILVA DE SOUZA

AGENCIA: 2008

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.095.506-0

~~CAIXA ECONOMICA FEDERAL~~

LOTERIAS CAIXA

034-597971718-4

10 VIA



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

702.672.224-75 Thalía Silva de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2008 CONTA: 095.506 0 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ

Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019021002419  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE FERROVIÁRIO MULHER

1.2 Data de Expedição: 02/12/2019 13:19:35  
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/05/2019 15:24:00

2.2 Autoria: Desconhecida  
2.4 Flagrante: Não

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Urbano

2.7 Logradouro: ESTRADA DE GENIPABU

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: GENIPABU

2.13 Cidade: EXTREMOZ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: THALIA SILVA DE SOUZA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO VALDOMIRO DE SOUZA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA EUNICE DA SILVA MEDEIROS

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/09/1997

3.13 Profissão: AUTONOMA

3.14 RG: 3412866

3.15 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 64

3.18 Naturalidade: NATAL/RN

3.19 Bairro: NOVO AMARANTE

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS VÍTIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*08529  
7.1.5 Placa: OJX2092  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2014  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: ULTIMO ED GERALDO  
7.1.17 Nome do condutor: THALIA SILVA DE SOUZA  
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: POP100  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2013  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO QUANDO VINHA EM SUA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA EM TELA, AO DESVIAR DE UM REBOQUE PERDEU O CONTROLE E CAIU, QUE FOI SOCORRIDA PELA SAMU COMO CONSTA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 259585/1, E LEVADA AO HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL, DANDO ENTRADA COMO COSTA NO FIA Nº 4776/2019, PERGUNTADA SE É HABILITADA RESPONDEU QUE NÃO, NADA MAS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO REGISTRO.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 02/12/2019 13:19:35

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 946770 - JOÃO CARLOS ALVES

Impresso por: 946770 - JOÃO CARLOS ALVES em 02/12/2019 13:19:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2019021002419 - Código de autenticação: 7395d73ed8dda30f02825571a73a6e8

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022725300000060090778>  
Número do documento: 20111118022725300000060090778

Num. 62664549 - Pág. 24

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

702.672.224-75 Thalía Silva de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Thalía Silva de Souza 702.672.224-75 Recurso Rua Nossa Senhora da Conceição 64 Casa Amante São Gonçalo do Amarante RN 59290-000 (84) 99134-3008 (84) 99806-1091

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2008 CONTA: 095.506 0 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Panamirim 03 de Fevereiro de 2020. Thalía Silva de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022725300000060090778

Número do documento: 20111118022725300000060090778

11/09/2019

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1339737341

NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	
<p><b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b></p> <p>RUA MERMEO, 150 BALDO NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59015-750 CNPJ: 06.324.195/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20051139-0</p> <p><b>COSERN</b></p> <p>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligação Gratuita: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou da fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria: 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte - ARSER 0800 717 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fone Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</p>	
<p><b>DADOS DO CLIENTE</b> SEVERINA JULIA DE LIMA</p>	<p><b>DATA DE VENCIMENTO</b> 10/09/2019</p> <p><b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 57,42</p>
<p><b>ENDEREÇO</b> RUA BRASILIO CAMILO 127 - FLORE ANEQUIM-AREA URBANA -59117-000 GOIATINHINHA RN</p>	<p><b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 03/09/2019</p> <p><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 03/09/2019</p> <p><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 029453812</p>
<p><b>PERÍODO CONSUMO</b> 02/09/2019 a 03/09/2019</p>	<p><b>CONSUMO</b> 71</p>
<p>ITMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 - Alíquota 15,00 valor do imposto R\$ 9,00</p>	
<p><b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b></p>	
<p><b>VIA PARA PAGAMENTO</b></p>	
<p><b>CONTA CONTRATO</b> 7001931380</p>	<p><b>MÊS/ANO</b> 09/2019</p>
<p><b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 57,42</p>	<p><b>VENCIMENTO</b> 10/09/2019</p>
<p><b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>	
<p><b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b></p>	
<p>839300000004 574200384070 001931380209 014695738135</p>	

Endereço: <https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111118022725300000060090778>

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 11/11/2020 18:02:27

Número do documento: 20111118022725300000060090778