



Número: **0805691-40.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EDILSON DA COSTA (AUTOR)			FRANCISCO FABIO DE MOURA JUNIOR (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63109917	24/11/2020 15:14	CONTESTAÇÃO	Petição
63110881	24/11/2020 15:14	2768462_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação
63110882	24/11/2020 15:14	2768462_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180087353 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON DA COSTA **Data do acidente:** 27/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA TORACOLOMBAR T9.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DORSOLOMBALGIA, LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO DO TRONCO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MEDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL E ANATÔMICO MODERADO EM COLUNA TORÁCICA.

Documentos complementares:

Observações: PACIENTE JÁ INDENIZADO NESTE VALOR EM SINISTRO ANTERIOR.
VALOR PAGO NESTE SINISTRO -0%

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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:	15/01/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDILSON DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000053730-3

Nr. da Autenticação 04C7EDBC10B3610E



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140124657 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDILSON DA COSTA **Data do acidente:** 13/10/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: trauma contuso em coluna lombar e nos dedos da mão direita

Descrição do exame médico pericial: lombalgia e limitação de flexão lombar discreta
mão direita sem sequelas

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com repouso e anti-inflamatório

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL
NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

CRM do médico: 2999

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0%	0 %	R\$ 0,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3140124657 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE EDILSON DA COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **AG BOA FE nº 5 - ZONA RURAL - MOSSORO/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1385344 - SSP**
Data local do exame: **09/01/2015 MOSSORO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

trauma contuso em coluna lombar e nos dedos da mão direita

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento conservador com repouso e anti-inflamatório

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**lombalgia e limitação de flexão lombar discreta
mão direita sem sequelas**

IV. 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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

coluna lombar vertebral

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

mão direita

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

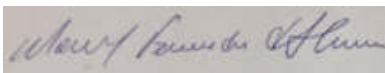
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 09/01/2015

Médico Perito: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA CRM: 2999 RN


Dr. Manoel Fernandes da Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM - RN 2999

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 24/11/2020 15:14:41

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112415144166500000060502896>

Número do documento: 20112415144166500000060502896

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*1004

Estado: **Prefeitura**
Secretaria Municipal da Saúde

JS
Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:

UPA CONCECITA CIARLINI

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 323894

Atendimento Nº:

11905

Nome: JOSE EDILSON DA COSTA

Idade:

21/11/1974 (39a 10m)

Sexo:

Masculino

Cartão SUS:

12543286440018

Nome da Mãe:

MARIA ALVES DA COSTA

Profissão:

DO LAR

Endereço (Rua/Av.):

ASSENTAMENTO BOA FE

Nº:

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

MOSSORO/RN

Estado:

Telefone:

Clínica:

CLÍNICA MÉDICA

Data:

14/10/2014

Hora:

16:23

Motivo da Procura:

PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

LUCIENE PAULA DA COSTA CARVALHO

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho (x) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS (x)

DM: (x)

Assinatura:

Maria Tereza T. de Paula
Téc. Enfermagem
CONTRATO 19997

Classificação:

ANAMNESE:

+ Dor no abdômen + Dor no tórax + Dor no pescoço + Dor no ombro + Dor no quadril + Dor no joelho + Dor no tornozelo + Dor no pé + Dor no dedo

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

F.C.:

PA:

30x80

F.R.:

Glasgow:

SpO2:

HGT:

Uso: 30x80 - 21

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RACB: 15 DEZ. 2014

Nome:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta:

() Medicação

() Observação

() Laudo para AIH

Saída: Data/Hora

/

/

às

h.

() Alta referido para UBS

() Óbito

() Outra Unid. Urgência

() Especialidade

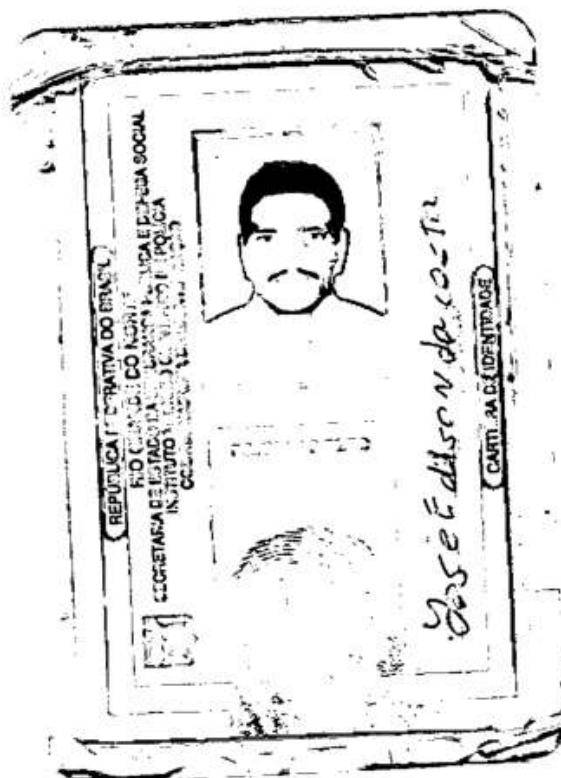
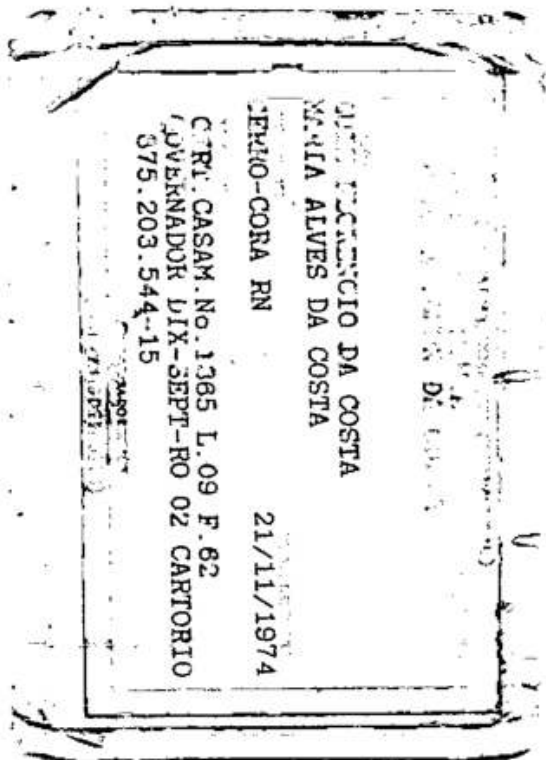
() Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

04

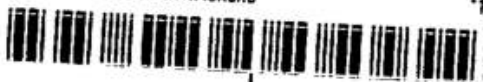
16.47h
 10.48h
 207.398
 Jro. Danubia M. do Nascimento
 CRM/6906





DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



15 DEZ. 2014

Nome: _____





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 875.203.544-15

Nome da Pessoa Física: JOSE EDILSON DA COSTA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **12:10:14** do dia **15/12/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2774.C52C.4E08.B046**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

06

15/12/2014 12:10



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6136783

A/C: JOSE EDILSON DA COSTA

Sinistro: 3140124657
Vitima: JOSE EDILSON DA COSTA
Data Acidente: 13/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE EDILSON DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000053730-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Complemento por reanálise 0%

% Invalidez Permanente DPVAT: (0% de 70%) 0,00%

Valor a indenizar: 0,00% x 13.500,00 = R\$ 0,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00757/00758 - carta_15R



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider das
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

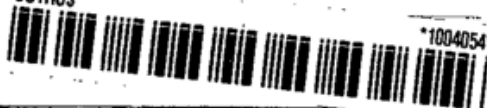
Número do Sinistro: 3140124657

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOSE EDILSON DA COSTA
CPF: 875.203.544-15 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do Acidente: 13/10/2014
Titular do CPF: JOSE EDILSON DA COSTA

OUTROS



DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		PROTOCOLO, NOTA FISCAL DO VEICULO.

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - JOSE EDILSON DA COSTA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 15/12/2014 Nome: JOSE EDILSON DA COSTA CPF: 875.203.544-15	Data: 15/12/2014 12:20 Nome: Monica Elida Coelho CPF: 124.372.237-11
JOSE EDILSON DA COSTA	Monica Elida Coelho

07

15/12/2014 12:20



E. CHASTINET BRAGA ME - (MOSSORO)



AV. PRESIDENTE DUTRA Nº 1199 - ALTO
SAO MANOEL - MOSSORO-RN
CEP 59628-000
FONE (84)3316-3476

Conduzindo sonhos!

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA 1

1-SAÍDA N° 000.000.047

SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

2413 0807 2552 8900 0805 5500 1000 0000 4711 1676 1696

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

324130006122626 23/08/2013 17:04:45

NATUREZA OPERAÇÃO

VEND.VEIC.NOVO D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

202888789

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

07.255.289/0008-05

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

JOSE EDILSON DA COSTA

CNPJ/CPF

875.203.544-15

DATA DA EMISSÃO

23/08/2013

ENDEREÇO

AGE BOA FE 005

BAIRRO/DISTRITO

ZONA RURAL

CEP

59600-001

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

MOSSORO

FONE/FAX

(84)9153-4361

UF

RN

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA / ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	4.090,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				4.090,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		

DADOS DO PRODUTO/Serviço

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/Serviço	NCM/SII	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DISC.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
LHXCBLA3DB400876	JONNY MEET 50CC Veículo: NOVO Marca: BASHAN JONNY Tipo: CICLOMOTO Modelo: JONNY MEET 50CC Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2012 Ano Mod.: 2013 Chassi: LHXCBLA3DB400876 Motor: 139FMB 13A04478 50cc 2,7 Hp Cor: PRETO Renavam: 014014 NF Origem: 5943 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87141900	060	5405	UN	1,00	4.090,0000	0,00	4.090,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
07.255.289/0008-05 LEO MOTOS <i>Freitas</i> Av. Presidente Dutra 1199 Alto de São Manoel CEP: 59528-000 Mossoro - RN														

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MD5:bo4403c7a298cab650bd5717a5795d4 PEDIDO: VN-42 PRE-VENDA: 9089 VENDEDOR: CARLA FORMA PGTO: LOSANGO

RESERVADO AO FISCO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RACED. 15 DEZ. 2014

Nome: _____

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 23/08/2013 17:00

Desenvolvido por SIG-SFS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Civil
Delegacia Eleitoral

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARAÚNA
Endereço: Rua Inácio Reinaldo, 61, CENTRO, BARAÚNA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2014137000180

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data/Hora de Expedição: 27/10/2014 16:56:24

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 13/10/2014 06:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: NÃO INFORMADO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR-304, State of Rio Grande do Norte, Brazil -- -5.6894417, -35.351482

2.9 CEP: 59695000

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A RODOVIÁRIA

2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ EDILSON DA COSTA

3.3 Etnia: Parda

3.5 Mãe: MARIA ALVES DA COSTA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 87520354415

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s): 84 91534361

3.17 Número: 5

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: LUIZ FLORENCIO DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 21/11/1974

3.8 RG: 1385344 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: CERRO SORÁRN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: AG BOA FÉ

3.18 CEP: 59600001

3.20 Cidade: MOSSORÓ

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO: 15 DEZ. 2014

Nome: _____

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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: LHJXCBLA30B400876

7.1.5 Placa:

7.1.7 Marca: BASHAN JONNY

7.1.9 Ano do Modelo: 2013

7.1.11 Cor do veículo: PRETO

7.1.13 Nota Fiscal: 000.000.047 SERIE 1

7.1.15 Nome do proprietário: JOSE EDILSON DA COSTA

7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 014014

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: JONNY MEET 50CC

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.14 Número do Motor: 139FMB13A04478

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O DECLARANTE QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACITADO SE DESLOCAVA DE BARAÚNA PARA MOSSORÓ/RN, NA CITADA MOTONETA, QUANDO NA OCASIÃO AO TENTAR DE UM BURACO EXISTENTE NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTONETA E VEIO A CAIR, QUE O COMUNICANTE SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FOI ATENDIDO NO HOSPITAL NO DIA SEGUINTE AO FATO COM QUEIXA DE FORTES DORES NAS COSTAS, CONFORME CONSTA EM PRONTUÁRIO MÉDICO ANEXO. E NADA MAIS DISSE.

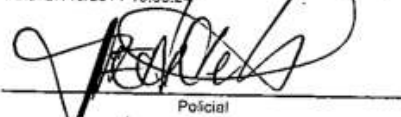
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

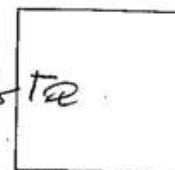
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 27/10/2014 16:56:24


Policial


Interessado



Potegar direito

Atendimento: 2039451 - JOÃO EUZÉBIO DE ARAÚJO NETO

J2014137000180 - c988550c335f31d7918e0cd487ba6c09

Página 01



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 24/11/2020 15:14:41

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112415144166500000060502896>

Número do documento: 20112415144166500000060502896

Num. 63110882 - Pág. 11