



01/02/2021

Número: **0800053-89.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **04/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE WILSON GOMES (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64922 104	01/02/2021 09:53	2781330_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação



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, 17 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200346672 Vítima: JOSE WILSON GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ACLEY JHONATTA DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE WILSON GOMES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE WILSON GOMES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000042517-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01865/01866 - carta_15R - INVALIDEZ



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.

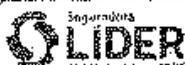
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE							
2 - N° do sinistro da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: José Wilson Gomes									
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012											
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:							
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - Logradouro:	15 - Complemento:							
16 - Email:	17 - Telefone:	18 - Celular:	19 - Celular:	20 - Telefone:							
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE CURADOR) PARA VITIMA/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:											
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00											
22 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)											
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (apenas para os bancos de baixa. Assinale uma caixinha)											
<input type="checkbox"/> Bradesco (217) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)											
AGÊNCIA: <input type="text" value="0560"/> CONTA: <input type="text" value="42517"/> 0 <small>(Inserir o número exato) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)</small>											
AGÊNCIA: <input type="text" value="0560"/> CONTA: <input type="text" value="42517"/> 0 <small>(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)</small>											
Autógrafo Seguradora Lider a crédito na conta bancária informada, no valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, se que eu tiver direito, reconhecendo e dando desde já e ciente após a liberação do crédito, a natureza total do valor recebido.											
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE											
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da lei, que não encontro atendimento de especialista em laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.119/90), com base no:											
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; • O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; • O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 											
Solicito o prosseguimento da análise em 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 Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos automotores, conforme o disposto na Lei 6.134/74.											
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.											
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE											
23 - Estado Civil da Vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente	<input type="checkbox"/> Vôvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou com parentesco(s):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou com parentesco(s), informe o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informe:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informe:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por todos aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem em 1º mandado, estando certo, ainda, de que qualquer missão ou desobedição nessa ordem não processará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.											
34 - 1º IML: <input type="checkbox"/> Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha: _____											
35 - 2º IML: <input type="checkbox"/> Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____											
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar): _____ Assinatura da testemunha: _____											
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar): _____ Assinatura da testemunha: _____											
40 - Local e Data: _____ X José Wilson Gomes <small>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</small>											
<small>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</small> <small>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</small>											



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:53:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020109531156100000062185380>
Número do documento: 21020109531156100000062185380

Num. 64922104 - Pág. 3

Fis: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00044508/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/08/2020 10:41:04 Data/Hora Fim: 04/08/2020 10:41:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Ezezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/06/2020 10:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Diz Sept Rosado

Logradouro: RN 016 - MOSSORÓ/RN

Ponto de Referência: SAL CAVALINHO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ WILSON GOMES (VITIMA, COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 21/07/1972	Idade: 48
---	---------------------------	-----------------	------------------	-----------

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Divorciado(e)

Nome da Mãe: Francisca Elias do Nascimento Gomes

Nome do Pai: Francisco Rosa Gomes

Documento(s)

CPF: 969.592.824-20

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA ANTONIO NESTOR DE SOUZA

Nº: 6230

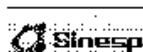
Bairro: Diz Sept Rosado

Telefone: (84) 99906-3881 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
Descrição CICLOMOTOR	CPF/CNPJ do Proprietário 012.593.964-79
Placa QGO9693	Renavam 01092160407
Número do Motor 1P39FMBBA137905	Número do Chassi LXYXCBL04B0255863
Ano/Modelo Fabricação 2011/2010	Cor PRETA
UF Veículo RN	Município Veículo Mossoró/RN
Marca/Modelo I SHINERAY XY50Q PHOENIX	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 22/03/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Wilson Gomes	Proprietário, Possuidor



Impresso por: Erivelton Polar Alves

Data de Impressão: 04/08/2020 10:59:05

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fis: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00044508/2020

RELATO/HISTÓRICO

DECLARA O COMUNICANTE QUE NO DIA, LOCAL E HORA MENCIONADOS, TRAFEGAVA CONDUZINDO SEU CICLOMOTOR QUANDO, UM ANIMAL (CACHORRO) ATRAVESSOU A PISTA DE ROLAMENTO E FEZ COM QUE CAISSE DE SEU VÉHICULO.

DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E CONDUZIDO ATÉ O HRTM, PRA OS PRIMEIROS SOCORROS.
DECLARA QUE NECESSITA DESTE B.O. PARA SOLICITAR O SEGURO DPVAT.
QUE NADA MAIS TEM A DECLARAR.

ASSINATURAS

Erivelton Polari Alves
Agente de Polícia
Matrícula 123.527-3
Responsável pelo Abandono

José Wilson Gomes

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins do direito que sou o(a) (meu(a)) responsável pelas informações acima asseveradas e declaro que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Criminal e 340-Comunicação Falsa de Crime ou do Contraventimento do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Erivelton Polari Alves
Data da Impressão: 04/08/2020 10:59:05

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILSON GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

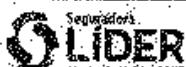
CONTA: 000000042517-0

Nr. da Autenticação D2C1D02C4F3FFEDE



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:53:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102010953115610000062185380>
Número do documento: 2102010953115610000062185380

Num. 64922104 - Pág. 7



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

Pela mais recente comunicação, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Centro de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prestações de serviços à renta-fixa, das 8h às 20h)

Capitais e Regiões Metropolitanas: 0800-15594 / Outras regiões: 0800-022 22 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 (22) 81489 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-021.12.06 | Central Ouvintiva: 0800 021 93 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/BIBLIOTECASER/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20636>

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.

Alerta-se 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PÚBLICOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, INCIDIR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pela exposito, eu,

Aleyziane Matos de Freitas

Inscrito (a) no CPF/CNIS: 047 804 954 - 98, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

José Wilson Gomes inscrito (a) no CPF sob o N° 969 592 824 - 20

do sinistro de DPVAT cobertura: Invalidade, da Vítima: José Wilson Gomes,

Inscrito (a) no GPP sob o N° 969 592 824 - 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Prófissão: Pequeno, Renda: Pequeno, e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante da residência no 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 Antônio Nestor de Souza</u>	Número:	<u>6236</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Palavra:	<u>Bom Pastor</u>	Cidade:	<u>Morros</u>	Estado:	<u>RJ</u>
E-mail:	<u>Não Posso</u>			CEP:	<u>29609 - 005</u>

Local e Data:

Morros - RJ - 05/08/2020

Aleyziane Matos de Freitas
Assinatura do declarante

DLDR001-V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 10663 /2020
Admissão: 27/06/2020 11:58:59

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 62332 - JOSE WILSON GOMES (47 a 11 m 6 d)

Nascimento: 21/07/1972 Natural: BARAUNA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 96959282420 Prof:

Mãe: FRANCISCA ELIAS DO NASCIMENTO GOMES Pai: FRANCISCO ROSA GOMES

Logradouro: ANTONIO NESTOR DE SOUZA, 0

CEP: 59609005 Bairro: DIX-SEPT ROSADO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.99063881 Compl: (LOT B PASTOR)

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: SOZINHA

*Empresa:

OBS:	Classificação:						PESO:		27/06/2020 11:55:50
	27/06/2020 11:55:50						Glasgow	RTS	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.		

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: LUXAÇÃO E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO

Dt e Hora:

refere - aperte o - não tem dor

colado no antebraço (cotovelo) - trave e pulso é

Diagn. Inicial:	Assin:
PRESCRIÇÃO: Voltar as 25 de junho Dr. Jureide de Brito Almeida	
HORÁRIO: 12:24 P.M. ASSINT. Aguardar	
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ COMPROVADO ORIGINAL SAME MOSSORÓ	
Livia SAMIE PARQUINHO	
<img alt="Handwritten	

Judicial 43 distor puden
(Bottom right).
Cir: Almoço (Redeem).
Prognoses críticas.

Dr. Nayara G. Souza
Ortopedia e Traumatologia
Câmara 5726

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
DATA ASSINAMENTO DE 10/02/2020

BIND

SAME / ARQUIVO

DATA ASSINAMENTO 10/02/2020
CÓDIGO DOCUMENTO 4135700
135700





Sistema
Único da
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

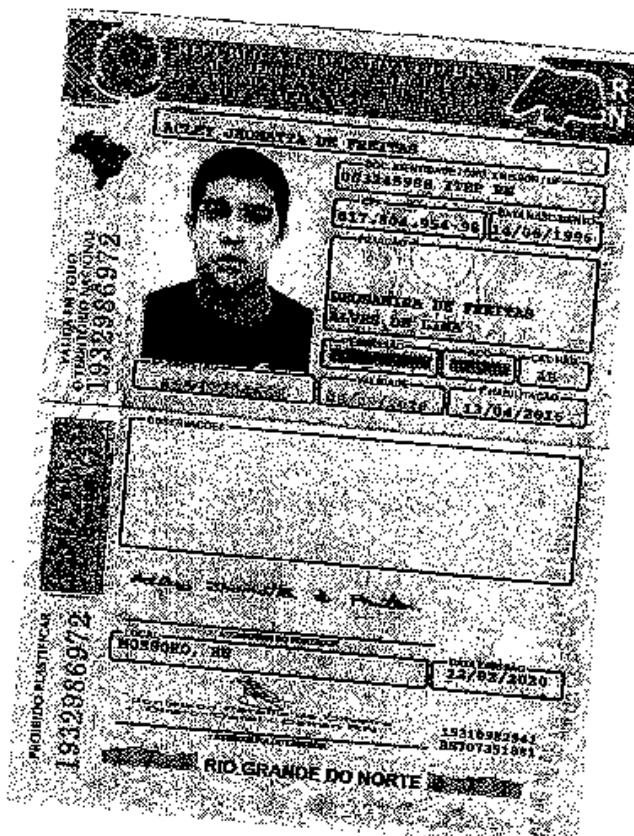
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
José Wilson Gomes				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR
		/ /	Mas 1 Fem 3	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD N° DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD N° DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
afogou 1/3 dia 8/01 de pulmão esquenta. Brotou velor				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
-) recidiva de fígado crônico - frotura custo				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Rx				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
frotura óssea distal		552.5		

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
				0408020407
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		() CNS () CPF		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		27/06/2021	Livia Karina Freitas da Silva	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTONÔMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /			

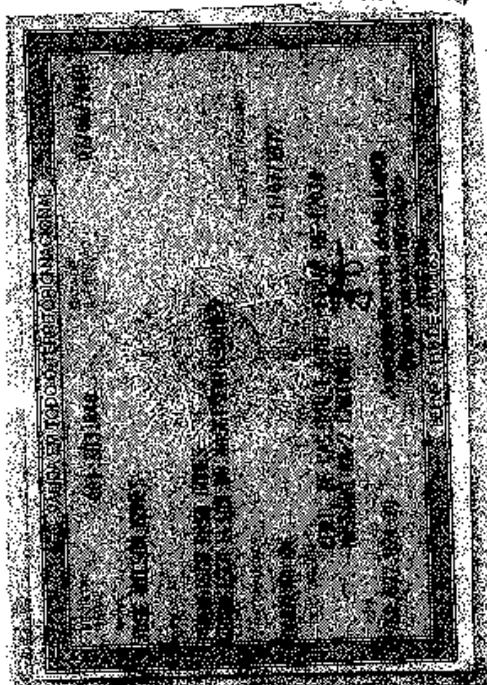


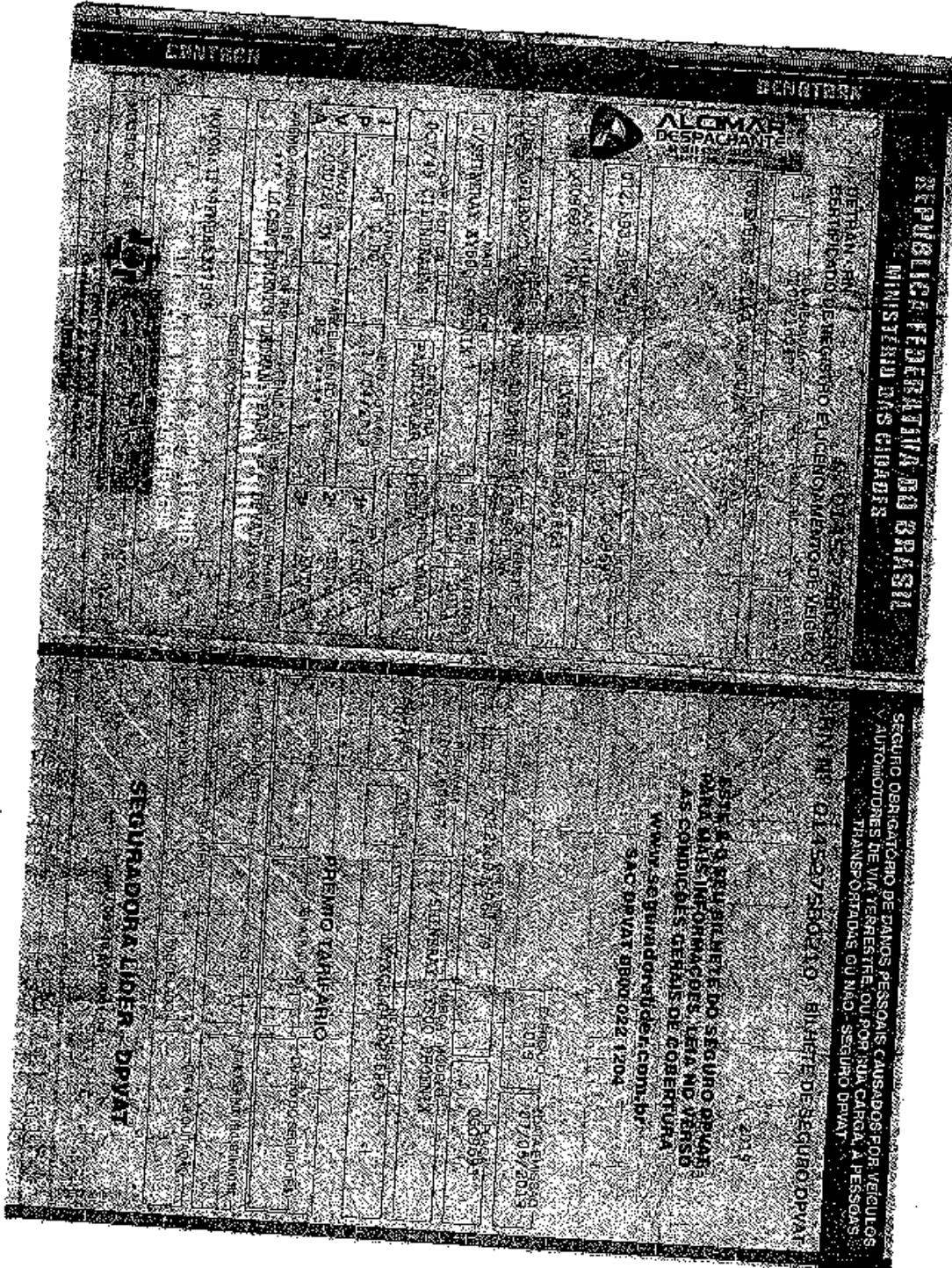


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:53:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102010953115610000062185380>
Número do documento: 2102010953115610000062185380

Num. 64922104 - Pág. 15

Livia





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346672 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON GOMES **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 09:53:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020109531156100000062185380>
Número do documento: 21020109531156100000062185380

Num. 64922104 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346672 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON GOMES **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Wilson Gomes, brasileiro(a),
estado civil: Divorciado, Profissão: Vendedor, Data do Acidente 24/06/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 001.383.840, órgão expedidor
Step RN e do CPF: 969.592.824-20, residente no(a)
Rua Antônio Nestor de Souza nº 6236,
bairro: Bom Pastor, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: ACLEY SHONA TTA DE FREITAS, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: ASG, portador(a) do RG
003.245.988, órgão expedidor Step RN e do CPF: 017.804.954-98, residente
no(a) Rua Antônio Nestor de Souza nº 6236,
bairro: Bom Pastor, município: Mossoró, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Mossoró - RN 04/08/2020

Local e Data

João Wilson Gomes

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

