



Número: **0800495-21.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Baraúna**

Última distribuição : **13/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RODRIGO PEREIRA REINALDO (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65171 243	07/02/2021 09:40	<u>2782551_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200258270 Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data do Acidente: 19/02/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO PEREIRA REINALDO

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, contados 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 n° 15962039



Pag 00679/00680 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Núm. 65171243 - Pág. 1



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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200258270 Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data do Acidente: 19/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO PEREIRA REINALDO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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





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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200258270 Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Data do Acidente: 19/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO PEREIRA REINALDO

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =

R\$ 945,00

Recebedor: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000002828-2

Conta: 0000020253-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01367/01368 - 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

DADOS CADASTRAIS INVALIDEZ PERMANENTE MORTE NÃO ALFA/SETIZADO	<p>Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 200.638.354-57 Rodrigo Peninha Reinaldo</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</p> <p>5 - Nome completo: Rodrigo Peninha Reinaldo 6 - CPF: 700.638.354-57 7 - Profissão: Agente de vendas 8 - Endereço: R. Antônio Leondre 9 - Número: 29 10 - Complemento: 11 - Bairro: Penha 12 - Cidade: Barrauna 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.695-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):</p> <p>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 À 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</p> <p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> <p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 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</p> <p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (301) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p> <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do Brasil AGÊNCIA: <input type="text"/> 2 CONTA: <input type="text"/> 30.253 (Informar o dígito se existir) <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)</p> <p>Autorizo a Seguradora Lider 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.</p> <p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 e à apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica presencial, caso necessário, os custos da Seguradora Lider 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.</p> <p>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p> <p>23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:</p> <p>25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:</p> <p>28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnaser): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.</p> <p>34 - Inscrição digital da vítima ou beneficiário que assina o pedido</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>40 - Local e Data, 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>
--	---





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação desse documento está condicionada à verificação de sua autenticidade pelo Internet na área de acompanhamento e
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.delegaciavirtual.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015989

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/05/2020 08:20:07

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/02/2020 19:40:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA HERMENEGILDO MONTENEGRO

2.4 CEP: 59.695-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BANCO DE BARAÚNA/RN

2.8 Cidade: BARAÚNA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RODRIGO PEREIRA REINALDO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Étnia: PARDO

3.4 Pai: JOSÉ VALDECIR DA S REINALDO

3.5 Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

3.6 Data de Nascimento: 28/05/1999

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 3142619 - SSP/RN

3.9 CPF: 70069831467

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.13 Profissão:

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA ANSELMO LEANDRO

3.17 Número: 29

3.18 CEP: 59695000

3.19 Bairro: CENTRO

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, horário e local acima informado transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda CG 125 FAN KS, Chassi 9C2JC4110CR496386, Renavam 00457899484, Placa NNZ 2523/RN, 2012/2012, de cor vermelha, licenciada em nome de José Valdecir da Silva Reinaldo, quando foi surpreendido por outra motociclista, que adentrou na via de forma repentina, tendo colidido na vítima que caiu no solo bruscamente, ocasião em que foi resgatado pelo SAMU, e encaminhado ao Hospital Regional Dr. Tercílio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Comunicante: RODRIGO PEREIRA REINALDO
Data: 07/05/2020 09:16:05

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2^a DRP DE MOS.

Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 08/05/2020 08:28:11

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

*Rodrigo Pereira Reinaldo



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102070940460780000062415512>

Número do documento: 2102070940460780000062415512

Num. 65171243 - Pág. 5



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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação desse documento está condicionada à verificação de sua autenticidade pelo Internet na área de acompanhamento e
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.delegaciavirtual.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015989

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/05/2020 08:20:07

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/02/2020 19:40:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: CENTRO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA HERMENEGILDO MONTENEGRO

2.4 CEP: 59.695-000

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BANCO DE BARAÚNA/RN

2.8 Cidade: BARAÚNA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RODRIGO PEREIRA REINALDO

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70069831467

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão:

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 29

3.19 Bairro: CENTRO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ VALDECIR DA S REINALDO

3.6 Data de Nascimento: 28/05/1999

3.8 RG: 3142619 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANSELMO LEANDRO

3.18 CEP: 59695000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, horário e local acima informado transitava, como condutor, em uma motocicleta Honda CG 125 FAN KS, Chassi 9C2JC4110CR496386, Renavam 00457899484, Placa NNZ 2523/RN, 2012/2012, de cor vermelha, licenciada em nome de José Valdecir da Silva Reinaldo, quando foi surpreendido por outra motociclista, que adentrou na via de forma repentina, tendo colidido na vítima que caiu no solo bruscamente, ocasião em que foi resgatado pelo SAMU, e encaminhado ao Hospital Regional Dr. Tercílio de Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Comunicante: RODRIGO PEREIRA REINALDO
Data: 07/05/2020 09:16:05

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.
FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2^a DRP DE MOS.

Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES
Impresso por: WEB em 08/05/2020 08:28:11

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

*Rodrigo Pereira Reinaldo





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS INVALIDEZ PERMANENTE MORTE NÃO ALFA BETIZADO TESTEMUNHAS	<p>Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 200.638.354-57 Rodrigo Peninha Reinaldo</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</p> <p>5 - Nome completo: Rodrigo Peninha Reinaldo 6 - CPF: 700.638.354-57 7 - Profissão: Agente de Segurança 8 - Endereço: R. Antônio Leondre 9 - Número: 29 10 - Complemento: 11 - Bairro: Penha 12 - Cidade: Barrauna 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.695-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):</p> <p>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 À 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</p> <p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> <p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 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</p> <p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (301) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p> <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do Brasil AGÊNCIA: <input type="text"/> 2 CONTA: <input type="text"/> 30.253 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</p> <p>Autorizo a Seguradora Lider 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.</p> <p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 e à apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, os custos da Seguradora Lider 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.</p> <p>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p> <p>23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:</p> <p>25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:</p> <p>28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnaser): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.</p> <p>34 - Inscrição digitalizada, assinatura ou assentamento do declarante</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)</p> <p>40 - Local e Data, 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>
--	---

11/02/2019

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: 31/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO PEREIRA REINALDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02828-2

CONTA: 000000020253-3

Nr. da Autenticação 331AF3BA3CA89287



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 8

13/07/2020

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ROSILENE DALVA PEREIRA
CPF: 068.144.354-54 NIS: 16074477656

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANSELMO LEANDRO 29 SN

CENTRO/ÁREA URBANA
59605-000 BARAÚNA RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

01/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

4,05

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/05/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/05/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

042553505

Série: U

CONTA CONTRATO

007003543328

Nº DO CLIENTE

3010333829

Nº DA INSTALAÇÃO

5901563274

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5187.F299.1F2B.009D.8546.9189.FD81.B457

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	90,00	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	90,00	0,00000001	0,00
Multa por atraso-NF 039369737 - 18/03/20			2,07
Juros por atraso-NF 039369737 - 18/03/20			0,95
Atualização IGPM-NF 039369737 - 18/03/20			1,03
TOTAL DA FATURA			4,05

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	18,00	0,00	0,00	0,98	0,00
					0,00
					4,42
					0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,05000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,00000001
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,00000001

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
MAI	29	190
ABR	29	221
MAR	29	211
FEV	29	166
JAN	20	168
DEZ	19	163
NOV	19	176
OUT	19	163
SET	19	161
AGO	19	146
JUL	19	145
JUN	19	145
MAI	19	146

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	IL %
Geração de Energia	100,00
Transmissão	0,00
Distribuição (Cosern)	0,00
Encargos Baterias	0,00
Trilindes	0,00
Pendias de Energia	0,00
TOTAL	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2020					
DIC-No. de horas sem Energia	BARAÚNAS	0,00	5,31	12,32	21,25
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,06
DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia útil			Limite DICRI: 12,32		
EUSD-Valor do Encargo de Usuário = R\$ 0,00					
Fielo Consumidor pode solicitar a expedição dos Indicadores DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto da sua residência variedades: r antonio da graca machado, centro / mercantil lopo: rua hemerélio monteiro, 22, centro/Lista completa em www.cosern.com.br."
MP 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% m.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
Desconto pela aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 125,34 .
O Cliente é compensado quando há desacumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. [Acesse saude.gov.br/coronavirus](http://saude.gov.br/coronavirus)

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITES DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007003543328	05/2020	4,05	01/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/2



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
 Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 fazenda 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Patrício Jales de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.109.874 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo Pereira Reinaldo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.658.314 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Rodrigo Pereira Reinaldo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 300.658.314 / 57, 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	Número	Complemento	
<u>Rua Ricardo de Souza</u>	<u>16</u>		
<u>Aeroporto</u>	<u>Mossoró</u>	<u>RN</u>	<u>59607-720</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Mossoró, 07 de Julho de 2020.
Local e Data

Patrício Jales de Oliveira
Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 3663 /2020
Admissão: 19/02/2020 20:44:13

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 22874 - RODRIGO PEREIRA REINALDO (26 a 8 m 22 d)

Nascimento: 28/05/1993 Natural: MOSSORÓ.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 707404032828979 CPF: 70063831457 Prof: AGRICULTOR
Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA Pai: JOSE VALDECIR DA S REINALDO
Logradouro: PEDRO FRANCA DE ARAUJO, 6
CEP: 59695000 Bairro: CINDERELA Cidade: BARAÚNA
Telefone: 84.94691155 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: UPA AEROPORTO

*Empresa:

OBS: vindo com samu	Classificação:	PESO:							
	19/02/2020 20:40:44								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em mmil esquerdo.
Dt e Hora: 21/02/2020 Paciente vítima de colisão com poste há 01 hora. Vio sob protocolo do SAMU.
Nao perdeu consciente. Nego perda de consciência, náuseas, vomitos e vômitos. Refere dor na região mandibular anterior e perna esquerda.
A: Vias aéreas patóficas, com edema cervical. Nego cianose.
B: MP presentes, batotablemente simétricos, difusos, sem ruídos adventícios. Auscultação subcutânea.
C: RRR, estômico. Lombar/dorsalmente, sem sinais de choque. BP: 140x90 FC: 76 bpm.
D: Glasgow 15, pupilas isocônicas e fotossensíveis.
E: Fratura no região mandibular e molar. Possível fratura de perna esquerda!

Diagn. Inicial: Trauma

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Ponto avaliado, tratamento pela traumatolesia.			
② Alta da cirurgia geral + anest.			
③ Dto de fuso			
④ S/0,87. 1500ml 60			
⑤ Dto de 02a5+ABN 6/6h.		20 16 25 04	
⑥ Total 90g 60			
⑦ Fuso peso 600g			
⑧ Drenagem por 12 horas			

Dr. Vicente Andrade
CRM-RN 2465
CRM-SP 10451
CRM-ES 10451
CRM-PE 10451
CRM-MG 10451
CRM-DF 10451
CRM-SC 10451
CRM-RJ 10451
CRM-PR 10451
CRM-BA 10451
CRM-AL 10451
CRM-CE 10451
CRM-PB 10451
CRM-PI 10451
CRM-MA 10451
CRM-RO 10451
CRM-AC 10451
CRM-RR 10451
CRM-AM 10451

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/20. Hr: ____ : ____ Médico: _____
(Assinar e Carimbar)
*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 19 de Fevereiro de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13/03/2020

SAME / ARQUIVO



19/02/2020 22h

Arma de fogo.

Armas No MI Gol.
Guns + Armas Franca.

B: Fatos Golpe de
Tribun.

D. Picos.

Procuror Gabinete
Gabinete.

Via Sis Rb6

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 13/03/2020
SANE / ARQUIVO B124

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481

RECIBIDO NO DIA 07/02/2021
PRAZO DE 15 DIAS

ENTREGUE A FABRÍCIA BRAS





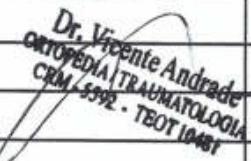
**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Rodrigo Pereira Reinaldo Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
20/10/2020	1º DIA Observação da neurologia, cirurgia geral e Ortopedia. Fratura tibial E Aguarda cirurgia ambulatorialmente. Sedan estável, com melhora da dor.
	cid: Alta hospitalar para aguardar cirurgia em casa no município de Olaria - RJ. Pagamento de cirurgia no SIS RE
	PREScrição

PRESCRIÇÃO



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME E ORIGINAL
SAÚDE MOSSORÓ 13/03/2023

SAME / ARQUIVO B110





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pjefg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 15



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 3663 /2020
Admissão: 19/02/2020 20:44:13

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 22874 - RODRIGO PEREIRA REINALDO (26 a 8 m 22 d)

Nascimento: 28/05/1993 Natural: MOSSORÓ-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 707404032828979

CPF: 70063831457

Prof: AGRICULTOR

Mãe: ROSILENE DALVA PEREIRA

Pai: JOSE VALDECIR DA S REINALDO

Logradouro: PEDRO FRANCA DE ARAUJO, 6

Bairro: CINDERELA

Cidade: BARALINA

CEP: 59695000

Telefone: 84.94691155

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: UPA AEROPORTO

*Empresa:

OBS: vindo com samu							Classificação:	PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em mmili esquerdo.
Dt e Hora: 19/02/2020 Paciente vítima de colisão com moto há 01 hora. Vivia sob proteção da SAMU.
 Não perdeu consciente. Nego perda de consciente, náuseas, vômitos e cefaleia. Refere dor no lado mandibular mantendo a perna esquerda.
 A: Voz clara, pálida, com color carvalho. Nega cianose.
 B: MV presentes, bilaterais e simétricas e difusas, sem nódulos doloriticos. Auscultação auscultatória.
 D: RR: 16, estabil. Hemodinamicamente, sem sinais de choque. PA: 140x90 FC: 76 bpm
 E: Glasgo 15. pupilas isocínicas e fotorreceptivas.
 F: Fratura na região mandibular e molar. Possível fratura de perna esquerda!

Diagn. Inicial: Trauma

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Paciente avaliação e tratamento pela traumatoologia			
② Alta de cirurgião geral + curativos			
③ Dto de Tsus			
④ SOT 31.1500 al 00			
⑤ Dto de 0200+ABIN 5/6hr.			
⑥ Dto de 40g 60			
⑦ Fita liso Padrão			
⑧ Doritico por 12 horas			

Dr. Vicente Andrade
CIRURGIA TRAUMATOLOGIA
CRM-3592 - SECT-Jobs

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/20. Hr: ____: _____ Médico: _____ (Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 19 de Fevereiro de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
FNAME MOSSORÓ 13/03/2020

SAME / ARQUIVO

PJLDS



19/02/2020 22h

Anexo de foto.

Fotos N° MI 01.
Foto + Retina Farol.

B: Fotos Gabinete de
Tirar.

d. Picos.

Foto Gabinete
Gabinete.

Via Sis Rob

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 15/03/2020
SANE / ARQUIVO 3100

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Evolução e Prescrição Médica

Nome: Rodrigo Pereira Reinaldo

Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
20/02/20	1º DIA Observação da neurologia, cirurgia geral e Ortopedia. Fratura tibial F aguarda cirurgia ambulatorialmente. Pulso estável, com melhora da dor.
	<i>cid: alta hospitalar para aguardar cirurgia em local no município de Olivença, após agendamento de cirurgia, no SIS REG</i>

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
20/02/20	1- Natale 10ml	VO		
	2- SFQ 9% 100ml 24h	IV	1 2	
	3- Diprofene 500mg/ml - 1 AMP + 5ml	IV	SOS	
	ABD até 6/6 a 5/5			
	4- Plaxil 5mg/ml - 1 AMP + 15ml ABD	IV	SOS	
	5- náuseas ou vômitos			
	5- SSVV + CCGO			

Dr. Vicente Andrade
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM-5599 - TEOTONIPI

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAMU/ARQUIVO 17/02/2021

B110

EVA
Número: 2102070940460780000062415512
DATA
10/02/2021



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102070940460780000062415512>
Número do documento: 2102070940460780000062415512

Num. 65171243 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN 12025 // 00076 № 014529232707
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00457899484	*****	2019

NOME

JOSE VALDECIR DA SILVA REINALDO

CPF / CNPJ	PLACA
012.768.944-30	NNZ2523

PLACA ANT / UF	CHASSI
NNZ2523/RN	9C2JC4110CR496368

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSEIROS/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	GASOLINA
MARCA / MODELO	HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB.	2012
ANO MOD.	2012
CAP / POT / CIL	CATEGORIA
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR
VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
R\$ 0.00	1º PAGO
FAXA IPVA.	2º PAGO
A 002844 3X	3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		DPVAT: PAGO	

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65			
BANCO HONDA S/A			
MOTOR: JC41E1C496368			
OBSERVAÇÕES			
BARAUNA/RN			
Caixa Econômica Federal			
Data: 27/06/2019			

Coordenador do Registro de Veículos

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN № 014529232707 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	27/06/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	012.768.944-30	NNZ2523
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00457899484	HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2012	9	9C2JC4110CR496368

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

JUN/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203185/20

Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

CPF: 700.638.314-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/02/2020

Titular do CPF: RODRIGO PEREIRA REINALDO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PATRICIO JALES DE OLIVEIRA : 010.109.874-02

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

RODRIGO PEREIRA REINALDO : 700.638.314-57

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 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: 21/07/2020
Nome: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA
CPF: 010.109.874-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 23

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203185/20

Número do Sinistro: 3200258270

Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO

CPF: 700.638.314-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/02/2020

Titular do CPF: RODRIGO PEREIRA
REINALDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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 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: 23/07/2020
Nome: PATRICIO JALES DE OLIVEIRA
CPF: 010.109.874-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

PATRICIO JALES DE OLIVEIRA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/02/2021 09:40:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020709404607800000062415512>
Número do documento: 21020709404607800000062415512

Num. 65171243 - Pág. 24

Prezados,

Solicito analise do Boletim de Ocorrência enviado, tendo em vista que as delegacias da cidade não reabriram para atendimento, muito menos para realizar Boletins de ocorrência.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258270 Cidade: Baraúna Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO Data do acidente: 19/02/2020 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rodrigo Pereira Reinaldo
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 3142619 **CPF:** 700.638.314-57
Endereço: Rua: Anselmo Leandro, 29, Centro

OUTORGADO:

Nome: Patrício Jales de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Motorista
Identidade: 002054384 CPF: 010.109.874-02
Endereço: Rua: Ricardo Lima, 16. Aeroporto.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima :

BARRAUNA-RN 04/06/2020

Local e data

Rodrigo Iribar Reinaldo

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por
autenticidade).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258270 Cidade: Baraúna Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO PEREIRA REINALDO Data do acidente: 19/02/2020 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

