

QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

1º) - Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?

2º) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

3º) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado?

4º) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores) ?

5º) **Em caso de invalidez total, quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da a tabela quemenciona os danos sofridos**, conforme a Norma Legal supra?

6º) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente ?

7º) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**?

8º) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro**: (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc)?

Caicó-RN, 22 de dezembro de 2020.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento

Advogada OAB/RN – 7.469



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Jackeline Bezerra Cabral, brasileira, solteira, técnica em radiologia, portadora do RG nº 2.848.725- SSP/RN e Inscrita no CPF/MF sob o nº 111.313.764-98, residente e domiciliada na Rua Francisco Alves Maia, 82, Paulo VI, Caicó/RN - CEP: 59300-000 telefone nº 84-98878-8361. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada:** **KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN - CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 - E-mail: **balbinoscaicorn@hotmail.com**, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renuncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 06 de Abril de 2020.

Outorgante:

Jackeline Bezerra Cabral

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

Via.




DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Jackeline Bezerra Cabral, brasileira, solteira, técnica em radiologia, portadora do RG nº 2.848.725- SSP/RN e Inscrita no CPF/MF sob o nº 111.313.764-98, residente e domiciliada na Rua Francisco Alves Maia, 82, Paulo VI, Caicó/RN - CEP: 59300-000 telefone nº 84-98878-8361. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ e ou COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

- Informações Complementares:

DAI - Declaração Anual de Isento. Por Assessoria de Comunicação Social — publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019, às 10h29. Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.

Caicó-RN, 06 de abril de 2020.


Declarante
CPF nº 111.313.764-98.





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



BOLETIM DE Ocorrência

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CRUZETA
Endereço: Rua Raimundo Bezerra, 291, Centro, CRUZETA, FONE/FAX: (84) 3473-4286

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019209000120
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 27/07/2019 09.43.32
1.4 Liguou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/07/2019 06.32.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Residência (local plano)
2.8 Número: .
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: BARRA NOVA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA MANOEL GONÇALVES DE MELO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CAICÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JACKELINE BEZERRA CABRAL
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF: 11131376498
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: TÉCNICA EM RADIOLOGIA
3.15 Telefone(s): 84 988788361
3.17 Número: 82
3.19 Bairro: PAULO VI
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: SEVERINO INACIO CABRAL
3.6 Mãe: DURCILA BEZERRA CABRAL
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero
3.12 Data de Nascimento: 28/07/1994
3.14 RG: 2848725 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: PARELHAS - RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA PADRE FRANCISCO ALVES MAIA
3.24 CEP:

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: *****51100
7.1.5 Placa: NNK4524
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2010
7.1.11 Cor do veículo: ROSA
7.1.13 Nota Fiscal: .
7.1.15 Nome do proprietário: JOSINALDO NOGUEIRA DO NASCIMENTO
7.1.17 Nome do condutor: JACKELINE BEZERRA CABRAL
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00223396311
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA
7.1.14 Número do Motor: JC42E2A351100
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA ESTAR SENDO LAVRADO PARA FIM EXCLUSIVO DE INSTRUIR PEDIDO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT; QUE NO DIA 26/07/2019, POR VOLTAS DE 06:30 HS, A DECLARANTE IA CONDUZINDO A MOTO DE PLACA NNK-4524, EM DIREÇÃO AO CENTRO DA CIDADE; QUE NO LOCAL EM FRENTE A BORRACHARIA FREI DAMIÃO A DECLARANTE COLIDIU O PNEU DA FRENTE EM UMA PEDRA DE PARALELEPÍPEDO SOLTA; QUE A DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU; QUE DA QUEDA A DECLARANTE SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA PANCADA MUITO FORTE NA BOCA; QUE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO, SEDIADO EM CAICÓ; QUE A DECLARANTE RECEBEU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E FOI CONSTATADO A PERCA DE TRÊS SENDO UM NA PARTE SUPERIOR E DOIS INFERIORES; QUE FOI CONSTADA UMA FRATURA NA PARTE SUPERIOR DA BOCA, PARA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS FORMALIZA A PRESENTE OCORRÊNCIA.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

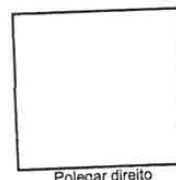
Data do Complemento: 27/07/2019
Usuário: 1654012 - MÁRIO CÉSAR LOPES DE MEDEIROS
Complemento: AFIRMA A DECLARANTE QUE O ACIDENTE SE DEU POR VOLTAS DE 05:40, E NÃO DE 06:30 HS, COMO RELATADO NO INICIO DESTA BOLETIM DE OCORRÊNCIA

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 27/07/2019 09.43.32

[Assinatura]
Policial

[Assinatura]
Interessado



Polegar direito





SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2019 - Autoatendimento - 16:15:10
110670451 0726

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO ROLDAO DANTAS MEDEIROS NT
AGENCIA: 1365-X
CONTA: 16.987-0
VALOR + 3.000,00
NR. ENVELOPE 2.904.011.547

+ Acolhido em: 29/07/2019, na Agencia 1106-1.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

+VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2019 - Autoatendimento - 16:16:25
110670451 0728

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO ROLDAO DANTAS MEDEIROS NT
AGENCIA: 1365-X
CONTA: 16.987-0
VALOR + 2.000,00
NR. ENVELOPE 2.903.368.815

+ Acolhido em: 29/07/2019, na Agencia 1106-1.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

+VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.



Dr. Ianky Diniz Campos
Odontólogo

PACIENTE: JACHELIVE BEZERRA CAMILO.

Atestado e laudo:

Atesto pl os dados fins qz a paciente
Supracitada, Brasileira ID CPF Nº 211.313.764-98
foi vítima de acidente motorístico, no qual
desenvolveu fratura da área de pré-maxila
e processos alveolares com fratura dos ele-
mentos dentários 22 (Maxila), 41 e 32 em
mandíbula, apresentando também trauma em
também osses adjacentes e vestibulares com
perda de substância mole em lábios (grietas e
infecção). Na presente data a mesma foi subme-
tida à cirurgia ambulatorial para redução de fratura
instalação de implantes dentários osteointegrados
correspondente aos elementos perdidos, com
enxertia óssea e sutura por planos dos
tecidos moles adjacentes.

Atendimentos CLÍNICA DR IRAN CAMPOS
Av: Dep. Américo Mals, 971 - Catolé do Rocha-PB
Tel: (83) 3441-1634 - Cel: (83) 9902-4841 TIM

O sorriso é a coisa mais bonita que você pode usar, então venha cuidar do seu

Continuar

26/Julho/2019.



Dr. Ianky Diniz Campos
Odontólogo

Paciente: JACKELINE BEZERRA CARVAL.

Atendimento e Livro:

CONTINUAÇÃO:

O CONVENIO DE PRECATORIO DAS DESPESAS E HONORARIOS PROFISSIONAIS, FOI DE CARATER PARTICULAR E NA QUANTIA EM R\$ 19.500,00 (DEZENOVE MIL E QUINHENTOS REAIS).

A MESMA DEVEDORA FICOU EM REPOUSO E ABSTENÇÃO DE ATIVIDADES FISICAS E/OU DE TRABALHO PELA PERMANECER DE 30 (TRINTA) DIAS, A PARTIR DA PRESENTE DATA.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
CRP 124-UMAS

Atendimentos CLINICA DR IRAN CAMPOS
Av: Dep. Américo Maia, 971 - Catolé do Rocha-PB
Tel: (83) 3441-1634 - Cel: (83) 9902-4841 TIM

O sorriso é a coisa mais bonita que você pode usar, então venha cuidar do seu

26/Julho/2019



Dr. Ianky Diniz Campos
Odontólogo

Paciente: JACKLINE BEZERRA (BOMAL)

UNO INTERNO

① Profilaxia 500mg _____ 1 UNO
- 1 ano de uso de B/B, Por 7 dias.

② Paracetamol 1mg _____ 5 UNO
- 1 ano de uso de B/B, Por 5 dias.

③ Insulina _____ 1 UNO
- 1 ano de uso de B/B, em UNO de uso

Dr. Ianky Diniz Campos


Atendimentos CLINICA DR IRAN CAMPOS
Av: Dep. Américo Maia, 971 - Catolé do Rocha-PB
Tel: (83) 3441-1634 - Cel: (83) 9902-4841 TIM

O sorriso é a coisa mais bonita que você pode usar, então venha cuidar do seu



05/09/2019

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

 <p>MUNICÍPIO DE CAICÓ SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</p>	Nº da Nota	000001206		Nº da Substituída	
	Data e Hora de Emissão	30/08/2019 às 10:30:53		Competência	AGO/2019
	Código de Verificação	SPGZ11235		Data Prestação de Serviço	30/08/2019
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
<p>CNPJ: 26.167.737/0001-97 Inscrição Municipal: 007.447-0</p> <p>Razão Social: CAMPOS E BRITO S/S LTDA ME</p> <p>Endereço: RUA JOAQUIM GREGORIO, 692, 59300-000, PENEDO</p> <p>Município: CAICÓ UF: RIO GRANDE DO NORTE</p> <p>Telefone: (84) 3421-2400 E-mail: IRANCAMPOSDELIMA@GMAIL.COM</p>					
Tomador de Serviços					
<p>Nome/Razão Social: JACKELINE BEZERRA CABRAL</p> <p>CPF/CNPJ: 111.313.764-98 Inscrição Municipal:</p> <p>Endereço: RUA GERALDO B. FERREIRA, 32, 59350-000, CENTRO</p> <p>Município: SANTANA DO SERIDÓ UF: RN</p> <p>Telefone: (84) 8878-8361 E-mail:</p>					
Serviços					
4.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES.					
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	
1	REFERENTE A EXAME DE TOMOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL E TOMOGRAFIA DE CRÂNIO, ONDE O EXAME FOI REALIZADO EM CARÁTER DE URGÊNCIA NO DIA 26 JULHO DE 2019.	2,00	300,00	600,00	
VALOR TOTAL DA NFS-e R\$:				600,00	
Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)	
0,00	600,00	2,02	12,12	0,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	C&LL (R\$)	COPRIS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES					
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.					

Imprimir em PDF



EMPREENDIMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO LTDA LTDA
 RUA RENATO SANTAS, 583
 CENTRO - SAO CARLOS - SP
 CEP: 13506-900
 TELEFONE: (35) 3301-1234
 CNPJ: 03.581.002/0050-20 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 000016438
 26/07/2019 21:16:49
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	Valor Unit	Total
061799	DEXAMETASONA CNO	1,00	7,03	7,03
078710	DENTAL FRESH DENT	1,00	9,49	9,49
079115	LISADOR DAP	1,00	9,99	9,99
Qtde. total de itens				3,00
Valor total R\$				26,51
Desconto R\$				8,98
Valor a Pagar				17,53

FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartao Credito	17,53
Troco R\$	8,98

Consulta pela chave de acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNfCe.aspx>
 2419 0763 5030 0700 5024 6500 3000 0364 3810 0036
 4381
 CONSUMIDOR-CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
 Numero:36438 Serie:3 26/07/2019 21:14:48
 Via Consumidor
 Protocolo de Autorizacao: 32419010 054322
 Data/Hora: 26/07/2019 21:14:48



PV0000075540
 VOCE ECONOMIZOU R\$ 8,98
 Atendido por: DANILO ALMEIDA DOS SANTOS
 Vendedor: 3401
 PROCON-RUA ULISSES ALDAS,181-CIDADE A. F.3232-98
 0/9051
 Caixa 0031.oja:117 26/07/2019 21:16:49
 Linx-Rec Gestao PDV: 2.0.33.093



Dr. Ianky Diniz Campos
Odontólogo

Paciente: JACKLINE BEZERRA CABRAL.

UNO INTERNO

- ① Amortizadora superior _____ 1 UNO
Fazer o loop de 6/6ms, por 7 dias.
- ② Amortizadora inferior _____ 1 UNO
Fazer o loop de 6/6ms, por 5 dias.
- ③ Iluminação _____ 1 UNO
Fazer o loop de 6/6ms, em 10 dias.

Dr. Ianky Diniz Campos

Atendimentos CLINICA DR IRAN CAMPOS
Av: Dep. Américo Maia, 971 - Catolé do Rocha-PB
Tel: (83) 3441-1634 - Cel: (83) 9902-4841 TIM

O sorriso é a coisa mais bonita que você pode usar, então venha cuidar do seu



Dr. Ianky Diniz Campos
Odontólogo

Paciente: Jackline Bezerra Carneal
do Tópico

④ Perceção - Desenvolvimento de
densidade 9,12x 3 fases
Remover 10ml, 10.3ml, 3x ao dia,
Após Higieniz. Bucal, deixar 10 min.

Atendimento CLÍNICA DR IRAN CAMPOS
Av: Dep. Américo Melo, 971 - Catolé do Rocha-PB
Tel: (83) 3441-1634 - Cel: (83) 9902-4241 TIM
O sorriso é a coisa mais bonita que você pode usar, então vamos cuidar do seu





GOVERNO MUNICIPAL

Hospital-Maternidade Ana Bezerra de Almeida
Secretaria Municipal de Saúde
Santana do Seridó - RN

Pl. Jackson Bezerra Cabral

Uso GATON

01) PRONCIOLINO acetamin 1mg - 1 par
Bssm - 6ml acetamin 3x ao dia

Sds, 01/08/19

Dr. Danilo Mendes de Melo
Cirurgião Dentista - CRO-RN 3191
CNS 386016276365376





GOVERNO MUNICIPAL

Hospital-Maternidade Ana Bezerra de Almeida
Secretaria Municipal de Saúde
Santana do Seridó - RN

1) Jacqueline Bezerra Góes

Uso DW

2) 11 meses 10 dias — 10x
Tomar 40 gotas 12h por 05 dias

Uso EXTEND

3) Água Oxigenada 10 ml — 1 hora
fazer 5 bochechos no dia,
misturar 1 colher de sopa + 1 copo de água
normal)

Santana do Seridó

Dr. Danilo Medeiros de Melo
Cirurgião Dentista - CRO-RN 3191
CNS 160016276865376



12/09/2019

(31) WhatsApp





Elaine

17/08/2019 às 13:01



30/08/2019

NOTA FISCAL ELETRONICA

 <p>MUNICÍPIO DE CAICÓ SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</p>	Nº da Nota	000000852		Nº de Substituída
	Data e Hora de Emissão	30/08/2019 às 14:52:56		Competência
	Código de Verificação	SOMH37968		Data Prestação de Serviço
30/08/2019				
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
<p>CNPJ: 19.157.723/0003-99 Inscrição Municipal: 006.396-7</p> <p>Razão Social: DENTAL CARD ODONTOLOGIA LTDA</p> <p>Endereço: RUA AUGUSTO MONTEIRO, 480, 59300-000, CENTRO</p> <p> SALA 02</p> <p>Município: CAICÓ UF: RIO GRANDE DO NORTE</p> <p>Telefone: (84) 3314-8962 E-mail: imagem.mossoro@yahoo.com.br</p>				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
<p>Nome/Razão Social: JACKELINE BEZERRA CABRAL</p> <p>CPF/CNPJ: 111.313.764-98 Inscrição Municipal:</p> <p>Endereço: RUA GERALDO B. FERREIRA, 32, 59350-000, CENTRO</p> <p>Município: SANTANA DO SERIDÓ UF: RN</p> <p>Telefone: (84) 8878-8361 E-mail:</p>				
SERVIÇOS				
4.12 - ODONTOLOGIA.				
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RAIO - X PANORÂMICO	1,00	50,00	50,00
VALOR TOTAL DA NFS-e R\$:				50,00
Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	50,00	2,51	1,26	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS INFORMAÇÕES				
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL; NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.				

Imprimir em PDF





BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
<i>SPM</i>	<i>26.07.19</i>	<i>06:15</i>	<i>10</i>

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.				
NOME	DATA DE NASCIMENTO		IDADE	SEXO
<i>SPERELINO BOBENA COBRAL</i>	<i>28.07.94</i>		<i>24</i>	<i>F</i>
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS	
<i>111.313</i>	<i>2848725</i>		<i>708602029033582</i>	
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR	
<i>Santa Maria do Seridó - RN</i>	<i>Solteiro</i>	<i>Téc. de Radiologia - Bombeiro</i>		
NOME DA MÃE	NOME DO PAI			
<i>WEILA BOBENA COBRAL</i>	<i>SILVANO INACIO COBRAL</i>			
ENDEREÇO	BAIRRO			
<i>R. Po. Francisco Alves 1101A - 82</i>	<i>Paulo VI</i>			
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE		
<i>Caiçara - RN</i>	<i>988788364</i>	<i>Superior Completo</i>		
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?	
<input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO: _____			<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	

CAMPO 2 – SINAIS VITAIS						
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.						
PA: <i>115 x 67</i> mmHg	FC: <i>99</i> bpm	FR: _____ irpm	Temp. axilar: _____ °C	SpO2: <i>100</i> %	Glicemia: _____ mg/dl	

CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR						
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
									6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
<i>esconforto + corte queixo</i>				<i>queda de moto</i>									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
<i>neq</i>													
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
AVALIAÇÃO				HORA		REAValiação		HORA		Tereza Cristina de M. Dantas COREN-RN 444848-ENF ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN			
				<i>6:20</i>									

CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
<i>trauma</i>	<i>BNF: Paciente vítima de queda de moto, sem hemorragia ativa, com fce em lábio, membros e membros inferiores insensíveis. Avaliação dos elementos vitais 33,4</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL	<i>e 22. Repre dos membros esquerdos.</i>

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



Dr. Ianky Diniz Campos
Odontólogo

Parents: Jennifer (mom)

(1) Survival of the fittest — survival
— the fittest survive for survival.

(2) Reproduction — survival
— the fittest survive for survival.

(Att. - Person. 1/13)
- 6/11/2009

[Handwritten signature]

Atendimentos CLÍNICA DR IRAN CAMPOS
Av: Dep. Américo Maia, 971 - Catolé do Rocha-PB
Tel: (83) 3441-1634 - Cel: (83) 9902-4841 TIM
O sorriso é a coisa mais bonita que você pode usar, então venha cuidar do seu



Tributos Totais Incidentes Lei Federal 12.741/12,

Consulte pela Chave de Acesso
<http://www.receita.pb.gov.br/infoca>
 2519 1008 9384 1200 0169 6500 4000 0017 9
 CONSOLIDADOR NÃO IDENTIFICADA
 2-º-11-º 000001780 Série 004 25/10/2019 14:13:
 EMITIDA EM CONTINGENCIA
 Pendente de Autorização

Desconto	
Valor Líquido	
QTD. TOTAL DE ITENS	
VALOR TOTAL R\$	
Descontos R\$	
VALOR A PAGAR R\$	
FORMA DE PAGAMENTO	
Dinheiro	
Tranco R\$	

CPF: 08.938.4120001-88; JOSEANE MA
FÁBIA LÍRIO DOS SANTOS
RITA JOSE JAIME DOS SANTOS
SANTOS AZEVEDO
SABRIG - PB 58610-000 Fone: (83)3686093
DOCUMENTO AUTENTICADO NA ACFRPA DE CONS. J.
ENTRADA EM CONTRATAÇÃO
Pendente de Autenticação
Codigo Descricao Cida Um Valor unit. Valor
001 62723 MEXICOTELINA 500mg 1 UND
Dacimco

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/12/2020 10:13:15
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310131473900000061393786>
 Número do documento: 20122310131473900000061393786



Clínica Sant'Ana

Médecina Diagnóstica

Nome: Sr(a) **Jackeline Bezerra Cabral**

Idade: 25

Categoria:

Exame de Imagem

Médico Solicitante: Nao Informado

Pront: L20997

Data Exame: 31/07/2019

Horário do Exame: 11:52

Data Nasc: 28/07/1994

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

TÉCNICA:

O exame foi realizado em cortes axiais perpendiculares ao eixo cervical, de C1 a T1.

Realizado estudo em tomógrafo computadorizado multislice (32 cortes), em aquisição axial, com protocolos de redução de dose (ASiR e Smart MA), com reformatações multiplanares.

Não houve administração IV do meio de contraste.

ACHADOS:

As estruturas ósseas estudadas apresentam aspecto anatômico.

As dimensões do canal vertebral e dos forâmens intervertebrais são normais.

Espaços discais preservados.

Ausência de hérnias do núcleo pulposo.

Observo sinais de dilatação do canal intramedular, preenchido por material hipodenso com extensão de aproximadamente 3,5 cm, a partir de C5 até T1 (segmento avaliado com aparente extensão a segmentos torácicos inferiores).

As estruturas musculares e os planos gordurosos da região cervical são simétricos, de aspecto habitual.

Impressão Diagnóstica:

Sinais de siringohidromielia cervical com extensão torácica. Ressalta-se a limitação da avaliação ao método, sendo recomendável correlação com RM.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

DBrito

Dr. Diego Araújo da Medeiros Brito - Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM-RN 6023 RQE 2711

R: Joaquim Gregório, 692, Penedo, Caicó - RN CEP 59300-000
Tel. (84) 3421-2400 Cel.99914-3305 / 99978-4637





Clínica Sant'Ana

Medicina Diagnóstica

Nome: Sr(a) **Jackeline Bezerra Cabral**

Idade: 25

Categoria:

Exame de Imagem

Médico Solicitante: Não Informado

Pront: L20997

Data Exame: 31/07/2019

Horário do Exame: 11:52

Data Nasc: 28/07/1994

Realizado estudo em tomógrafo computadorizado multislice (32 cortes), em aquisição axial, com protocolos de redução de dose (ASiR e Smart MA), com reformatações multiplanares.

Não foi administrado contraste iodado no presente estudo.

RELATÓRIO:

Parênquima cerebral com densidade preservada.

Cavidades ventriculares apresentam calibre normal.

Não se observa desvio da linha média.

Sulcos e fissuras cerebrais preservados.

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.

Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.

Cisternas basais normais.

IMPRESSÃO:

Achados tomográficos do crânio dentro da normalidade.

Obs.: Como achados adicionais identifiquei fratura acometendo ossos maxilares medialmente (infranasal), com traço de fratura simples e completo, sem desalinhamentos, acima dos dentes incisivos e envolvendo alvéolos dentários. Também destaco ausência dos dentes incisivos lateral esquerdo superior e centrais inferiores.

DBrito

Dr. Diego Araújo de Medeiros Brito - Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
CRM-RN 6023 RQE 2711

R: Joaquim Gregório, 692, Penedo, Caicó - RN CEP 59300-000
Tel. (84) 3421-2400 Cel.99914-3305 / 99978-4637



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Josinaldo Nogueira do Nascimento, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF sob o nº 048.916.754-38, residente e domiciliado na Rua Geraldo Batista Ferreira, 34, Centro, Santana do Seridó-RN, CEP.: 59350-000, telefone 84-98878-8361. **DECLARO**, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado era (é) de minha propriedade na data do acidente, ocorrido com a vítima, **Jackeline Bezerra Cabral**, ocorrido dia 26.07.2019, por volta 06:32 horas, na Rua Manoel Gonçalves de Melo, na Cidade de Caicó-RN.

DADOS DO VEÍCULO

Veículo: **MOTO HONDA BIZ 125 ES.**

Ano: **2010.**

Modelo: **2010.**

Placa: **NNK - 4524/RN.**

Chassi: **9C2JC422OAR351100.**

Renavam: **00223396311.**

Data do Acidente: **26.07.2019, por volta das 06:32 horas, na Rua Manoel Gonçalves de Melo, na Cidade de Caicó-RN.**

Caicó/RN, 10 de Janeiro de 2020.



Josinaldo do Nascimento

Assinatura do (a) Declarante/Proprietário

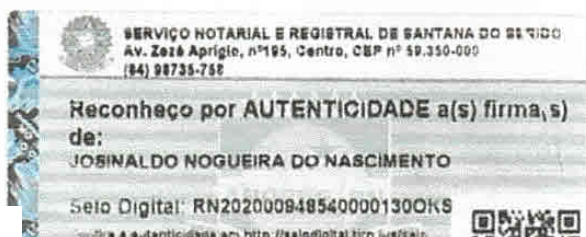
CPF/MF 048.916.754-38.

Reconhecimento por **AUTENTICIDADE**

Jackeline Bezerra Cabral

Assinatura da Vítima

Jackeline Bezerra Cabral - CPF: 111.313.764-98.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JACKELINE BEZERRA CABRAL

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2649725 SESED RN

CPF
111.313.764-98

DATA NASCIMENTO
28/07/1994

FILIAÇÃO
SEVERINO INACIO CABRAL
DURCILA BEZERRA CABRAL

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06748254937

VALIDADE
03/07/2031

1ª HABILITAÇÃO
25/11/2016

OBSERVAÇÕES

Jackeline Bezerra Cabral

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PARANHOS, RN

DATA EMISSÃO
22/12/2017

Dr. Edgardo Machado Pereira
Diretor Geral - Detran/RN
55316145351
RN702746573

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1486864208



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES				SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
DETRAN - RN 11750 // 00655 Nº 014526637080 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO				RN Nº 014526637080 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
VIA: 1 COD. RENAVAM: 00223396311 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2019				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			
NOME: JOSE ALDO NOGUEIRA DO NASCIMENTO				EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 13/03/2019			
CPF / CNPJ: 048.916.754-38 PLACA: NNR4524				VIA: 1 COD. RENAVAM: 00223396311 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2019			
PLACA ANT. UF: NNR4524/RN CHASSI: 9C2JC4220AR351100				RENAVAM: 00223396311 MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 ES			
ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL COMBUSTIVEL: GASOLINA				ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010			
MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 ES				CATEGORIA: PARTICULAR			
CAP / POT / CIL: 124 CILINDRADAS				CCR/PREDOMINANTE: RODA			
COTA UNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA: 13/03/2019 1º PAGO				ANO FAB: 2010 DET. ISS: 9			
FAIXA / PVA: 002005 3X R\$ ***** 2º PAGO				Nº CHASSI: 9C2JC4220AR351100			
PARCELAMENTO / COTAS: 3º PAGO				PRÊMIO TARIFÁRIO			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO *** PRÊMIO TOTAL (R\$): DE VAT: PAGO				(R\$) (R\$) (R\$)			
OBSERVAÇÕES:				CUSTO DO BILHETE (R\$): (R\$) (R\$)			
MOTOR: JC42E2A3 51100				PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO			
DATA: 13/03/2019				SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.603/0001-04			



▼ Dados do Veículo de placa NNK4F24					Em 08/01/2020 13:59:30	
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
NNK4F24	223396311	NNK4524/RN	3-MOTONETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo		Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria
002006-HONDA/BIZ 125 ES (Nacional)		2010/2010	0	2-Gasolina	12-ROSA	999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN	
JOSINALDO NOGUEIRA DO NASCIMENTO					DetranNet	
Proprietário Anterior					Situação Placa	
JOSIMARIA DE FARIAS AZEVEDO					Aguardando Aplicação Estampagem	
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	Situação
PARELHAS			2019 em 07/01/2020 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)		01/03/2018	Em Circulação
Restrição à Venda					Sequência	
Sem gravame					849599	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos						
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)		
Licenciamento Anual 2020	3111234.9.117710539	20/03/2020	90,00	90,00		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2020	9.00117710540	13/04/2020	84,58	84,58		
IPVA (Cota Unica) 2020	3085640.9.117710541	13/04/2020	85,54	81,26		
Postagem CRLV c/ AR (CORREIOS) 2020	3111234.9.117710542	14/08/2020	7,00	7,00		
Taxa Bombeiros - Motos 2020	3147908.9.117710543	20/03/2020	15,00	15,00		
Total dos Débitos			R\$ 282,12	R\$ 277,84		
Taxas Detran	Seguro DPVAT	IPVA	Multas			
112,00	84,58	81,26	0,00			
▼ Infrações em Autuação						
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.						
▼ Listagem de Multas						
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.						
▼ Último Processo						
Processo	Interessado	Início em				
42000264/2020	08984012408	07/01/2020 às 12h49min				
Situação		Final em				
Encerrado		07/01/2020 às 13h55min				
Serviço		Execução em				
Geração de guia de pagamento		Em 07/01/2020 às 12h49min por 15717852487				
Converte Placa Pré Mercosul		Em 07/01/2020 às 12h49min por 15717852487				
Auditoria		Em 07/01/2020 às 13h55min por 30783160410				
Emissão CRV(1ª via)		Em 07/01/2020 às 14h16min por 09904536422				
▼ Recurso de Infração						
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.						
▶ Histórico de Impedimentos						
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.						

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

⏪ Voltar



PACIENTE : JACKELINE BEZERRA CABRAL

ATESTADO E LAUDO

ATESTO PARA O DEVIDO FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA, PORTADORA DO CPF N: 111.313.764-98, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO , NO QUAL DESENVOLVEU FRATURA DA AREA DE PRÉ MAXILIA E PROCESSOS ALVEOLARES COM AVULSÃO DOS ELEMENTOS DENTARIOS 22 (MAXILA), 41 E 31 EM MANDIBULA, APRESENTANDO TAMBEM FRATURAS EM TABUAS OSSEAS ADJACENTES E VESTIBULARES COM PERDA DE SUBSTANCIAS MOLE EM LABIOS (SUPERIOR E INFERIOR). NA PRESENTE DATA A MESMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA AMBULATORIAL PARA REDUÇÃO DE FRATURA , INSTALAÇÃO DE IMPLANTES DENTARIOS OSSEOINTEGRADOS CORRESPONDENTE AOS ELEMENTOS PERDIDOS, COM ENXERTIA OSSEA E SUTURA POR PLANOS DOS TECIDOS MOLES ADJACENTES.

O CONVENIO DE PAGAMENTO DAS DESPESAS E HONORARIOS PROFISSIONAIS FOI DE CARATER PARTICULAR E NA QUANTIA EM REAIS DE R\$ 20.700,00 (VINTE MIL E SETECENTOS REAIS).

A MESMA DEVERA FICAR EM REPOUSO E AFASTADA DE ATIVIDADES FISICAS E/OU DO TRABALHO 30 DIAS A PARTIR DA PRESENTE DATA.

Arrolado no Juízo/PA 26.07.2014

Dr. Roldão Dantas de Medeiros Neto

DR. ROLDÃO DANTAS DE MEDEIROS NETO
CIRURGIA BMF E IMPLANTE DENTARIOS
CPF: 069.472.444-04
CRO RN-4471

[Assinatura]





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 111.313.764-98 Nome completo da vítima: JACKELINE BEZERRA CABRAL

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

Nome completo: JACKELINE BEZERRA CABRAL CPF: 111.313.764-98
Profissão: Técnica em Radiologia Endereço: Rua Padre Francisco Alves Maia Número: 82 Complemento:
Bairro: Paulo VI Cidade: CAICÓ Estado: RN CEP: 59300-000
E-mail: caicoseguros@gmail.com Tel (DDD): 84-99801-5199

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
OP. 013
AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00028186 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data, Caicó-RN, 06 de Abril de 2020.
Nome: JACKELINE BEZERRA CABRAL
CPF: 111.313.764-98

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO.



06/04/2020

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.198/0001-31 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 ILIRIA SAMARA FERNANDES CPF: 101.243.934-89 NIS: 20045397593	DATA DE VENCIMENTO 25/03/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 61,85	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/03/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/03/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 039315864 Série: U	CONTA CONTRATO 007014322471 Nº DO CLIENTE 3011463749 Nº DA INSTALAÇÃO 0001640469
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PADRE FRANCISCO ALVES MAIA 82 . PAULO VI/AREA URBANA. 59300-000 CAICO RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
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		RESERVADO AO FISCO 941C.D896.ACDA.A12E.528D.722B.EEE1.A518	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10568375	3,17
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,18117215	12,68
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	27,00	0,27175822	7,33
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11512324	3,45
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19735413	13,81
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	27,00	0,29803120	7,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,53
ICMS-Parcela Subvencionada			6,34
Multa por atraso-NF 036336237 - 20/01/20			0,91
Juros por atraso-NF 036336237 - 20/01/20			0,45
Atualização IGPM-NF 036336237 - 20/01/20			0,19
TOTAL DA FATURA			61,85

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
48,43	18,60	8,71	48,43	1,02	0,49
					2,28

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08050500		MAR 20	127
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,13816000		FEV 20	115
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,20727000		JAN 20	111
Consumo-TE até 30 kWh	0,08760450		DEZ 19	120
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15052200		NOV 19	121
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22878300		OUT 19	126
			SET 19	125
			AGO 19	120
			JUL 19	168
			JUN 19	205
			MAI 19	185
			ABR 19	122
			MAR 19	123

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores a NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99, REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.			
Vencido	Dt Resv	Valor	
26/02/20	18/03/20	54,27	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000009C181C51	CAT	17/02/2020	16.396,00	18/03/2020	16.523,00	30	1,00000	0,00	127,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	CAICO	0,00	5,43	10,86	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,55
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,87					
Tudo Consumidor pode solicitar a duração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES O pagamento desta 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 do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res14/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 35,76. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

DESTAQUE AQUI:


CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007014322471	03/2020	61,85	25/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **Jackeline Bezerra Cabral**, brasileira, solteira, técnica em Radiologia, inscrita no CPF/MF sob o nº 111.313.764-98 e portadora do RG sob o nº 2.848.725 - SSP/RN, venho por este instrumento **DECLARAR** que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Rua/Avenida/Praça/Travessa)	 RUA FRANCISCO ALVES MAIA
Número	82
Apto / Complemento	Casa
Bairro	PAULO VI
Cidade	CAICÓ-RN
Estado	Rio Grande do Norte
CEP	59300-000
Telefones do Escritório	(84) 99801-5199 e (84) 98887-0543
Email	caicodpvt@hotmail.com e caicoseguros@hotmail.com
Telefone da parte	84- 98878-8361
Email	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Ponto de Referência	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Por ser verdade, firmo-me.

Caicó/RN, 06 de Abril de 2020.

Assinatura do (a) Declarante:





PROCURAÇÃO

Outorgante:

Jackeline Bezerra Cabral, brasileira, solteira, técnica em radiologia, Portadora do RG de nº 2.848.725 – SSP/RN e, Inscrita no CPF/MF sob o nº 111.313.764-98, residente e domiciliada na Rua Padre Francisco Alves Maia, 82, Paulo VI, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, telefone nº 84- 98878-8361.


Outorgado (a):

Gilson Araújo da Silva, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 1.235.904 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 785.167.814-53, residente e domiciliado na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99815-5519.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu (ua) bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, ao pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Senhora, **Jackeline Bezerra Cabral**, ocorrido em 26.07.2019, por volta das 06:32 horas, na Rua Manoel Gonçalves de Melo, Cidade de Caicó-RN, conforme **Boletim de Ocorrência - BO e Outros Documentos**, em anexo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o (a) outorgado (a) dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Caicó-RN, 18 de Dezembro de 2019.


Outorgante
CPF Nº. 111.313.764-98.

OBS: Reconhecer firma em cartório por Autenticidade Verdadeira.



via Aparecida Duarte de Souza
SUBSTITUTA



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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 GILSON ARAÚJO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 785.167.814 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JACKELINE BEZERRA CABRAL inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.313.764 / 98, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima JACKELINE BEZERRA CABRAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.313.764 / 98, 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.

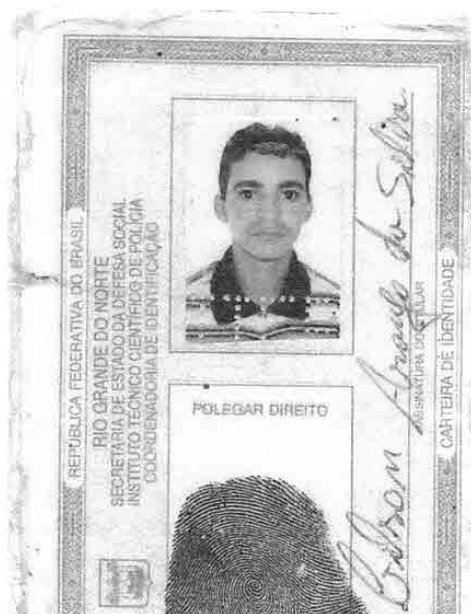
Endereço RUA ANDRÉ SALES		Número 130	Complemento
Bairro PAULO VI	Cidade CAICÓ	Estado RN	CEP 59.300-000
Email caicoseguros@gmail.com		Telefone comercial(DDD) 84-99801-5199	Telefone celular (DDD) 84-99801-5199

CAICÓ RN, 08 de JANEIRO de 2020.

Local e Data

x Gilson Araújo da Silva.
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **Gilson Araújo da Silva**, brasileiro, solteiro, autônomo, Inscrito no CPF/MF sob o nº 785.167.814-53 e portador do RG sob o nº 1.235.904 - SSP/RN, venho por este instrumento **DECLARAR** que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Rua/Avenida/Praça/Travessa)	RUA PADRE FRANCISCO ALVES MAIA
Número	82
Apto / Complemento	Casa
Bairro	PAULO VI
Cidade	CAICÓ-RN
Estado	Rio Grande do Norte
CEP	59300-000
Telefones do Escritório	(84) 99801-5199 e (84) 98887-0543
Email	caicó@caico-rn.com.br e caico@caico-rn.com.br
Telefone da parte	84- 99801-5199
Email	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Ponto de Referência	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Por ser verdade, firmo-me.

Caicó/RN, 06 de Abril de 2020.

Assinatura do (a) Declarante:

Gilson Araújo da Silva.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MOF

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JACKELINE BEZERRA CABRAL**

DATA DO ACIDENTE **22.11.2019** CPF DA VÍTIMA **111.313.764-98**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **GILSON ARAÚJO DA SILVA**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR **PROCURADOR** ☒ REPRESENTANTE LEGAL ☐ BENEFICIÁRIO, CUIO PARENTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA ANDRÉ SALES**

Nº **130** COMPLEMENTO **PAULO VI**

CIDADE **CAICÓ** UF **RN** CEP **59300-000**

E-MAIL **caicoseguros@gmail.com** TELEFONE **(84) 99801-5199**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ☐ DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DI
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE
- ☐ OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DEC
- ☐ RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CONJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTA
- ☐ CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FIL

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- ☐ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL
- ☐ DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSE
- ☐ DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLE
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTEENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E L
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) CC
- ☐ TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CONJUGUE

- ☐ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL
- ☐ DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSE
- ☐ DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLE
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CONJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- ☐ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CONJUGUE (MARIDO OU MUL

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL
- ☐ DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA
- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE **Gilson Araújo da Silva**

DATA

DATA

ASSINATURA

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEC





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, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200142688

Vítima: JACKELINE BEZERRA CABRAL

Data do Acidente: 26/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILSON ARAUJO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JACKELINE BEZERRA CABRAL

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01655/01656 - carta_05 - INVALIDEZ

00040828



Carta nº 15728072



ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

1ª Campanha de Acordos de 2014 – fl. 13 de 19

1 hv CamScanner





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0804082-37.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JACKELINE BEZERRA CABRAL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.



Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data da assinatura eletrônica.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaca

Juiz de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0804082-37.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JACKELINE BEZERRA CABRAL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.



Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data da assinatura eletrônica.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaca

Juiz de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0804082-37.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JACKELINE BEZERRA CABRAL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.



Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data da assinatura eletrônica.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaca

Juiz de Direito

