



Número: **0803004-02.2021.8.20.5124**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Parnamirim**

Última distribuição : **18/03/2021**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA (AUTOR)		VICTOR PEREIRA CAMARA registrado(a) civilmente como VICTOR PEREIRA CAMARA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
99005859	21/04/2023 10:47	Petição	Petição
99005867	21/04/2023 10:49	Petição	Petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PARNAMIRIM/RN

Processo: 08030040220218205124

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Conforme se observa pelo boletim de primeiro atendimento (Num. 66659713 - Pág. 1), não consta indicação de lesão em face, mas somente em tornozelo direito:

TEMP.	RESPIRAÇÃO					
HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Placento ferido pelo SAMU devido a imobilização e relato de colisão entre o carro de desmão e o ônibus. Dor no tornozelo direito.						
EXAME FÍSICO A: Vias aéreas sem ruídos e raleos. B: MUC em ATT, OIRA C: RCE em ZT, BNF. FC: 70 PA: 120 x 80 ABD: Plano e indolor. Bólio costal e umbilical. D: Glasgow 15. Popliteo-úlnares sem déficit motor SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
15:00	120 x 80	18	15	15	36,5	90



Além disso, no que seria a segunda página desse documento, consta a inserção de texto com grafia diversa do restante do formulário, que seria avaliação do buxomaxilo (bmf), sobre a existência lesão em boca, mas não há a identificação e carimbo do especialista:

The image shows a handwritten medical form. At the top, there is a section for 'Ass. do Responsável' with the name 'BMF' and a date '20/10/13'. Below this, there is a section for 'DESTINO DO PACIENTE' with checkboxes for 'FICOU NO LOCAL', 'INTERNADO NO SERVIÇO DE', and 'REMOVEDO EM'. The 'FICOU NO LOCAL' checkbox is checked. There is also a section for 'RETIROU-SE POR' with a date and time. The form is signed by 'Roberto' and has a date '20/10/13'. There are also checkboxes for 'ENTREGUE À FAMÍLIA', 'S.V.O.', and 'I.T.E.P.'.

Vale observar, que, o ortopedista sempre que inseria uma informação, assinava e carimbava em baixo, o que não ocorreu com o texto em questão, logo, não há como se admitir este trecho como prova exclusiva das lesões da boca sofridas em razão do acidente e naquela data.

Sequer constam outros documentos médicos que comprovam o tratamento da lesão da boca e que pudesse corroborar com a ideia de que esta lesão teria sido decorrente do mesmo acidente.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos NÃO atestam que existe nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexos de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA POSSIBILIDADE DE AMENIZAÇÃO OU EXTINÇÃO DAS SEQUELAS

Outrossim, o perito aponta como limitações que justifiquem sua conclusão pela existência de invalidez, pela perda de elementos dentários, que causam disfunções estéticas, mastigatórias e digestórias, mas fato é que a realização dos implantes dentários resolveriam plenamente a questão:

7. ESCLARECIMENTOS

A perda de elementos dentários leva a problemas estéticos significativos, mastigatórios e digestórios.

A Periciada, como forma de amenizar o problema, necessitou de tratamento ortodôntico, o qual é realizado até o presente momento.

De acordo com informações extra oficiais o SUS, ao menos aqui em Natal, não disponibiliza implantes dentários.



O mesmo perito aponta que o implante não seria coberto pelo SUS, no entanto, além de irrelevante para fins do Seguro DPVAT, não quer dizer que a vítima não tenha condições de fazê-lo, ou ainda, que não faça agora mas vindo a fazer no futuro, seria capaz de extinguir as sequelas hoje existentes.

Dessa forma, havendo a possibilidade de tratamento capaz de restaurar o patrimônio físico da vítima não há como se admitir que a seqüela e o grau seja permanente, impondo-se a improcedência dos pedidos.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente o nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de seqüela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repete-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.



Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PARNAMIRIM, 20 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
OAB/RN 5432



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:47:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110472570200000093477928>
Número do documento: 23042110472570200000093477928

Num. 99005859 - Pág. 5
Pág. Total - 5



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, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200360866

Vítima: SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 19/10/2019, emitida pelo Dr. FABIO PEREIRA, CRM nº 00000 - RN, da Instituição HOSP. DEOCLÉCIO M. LUCENA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01795/01796 - carta_31 - INVALIDEZ

00030898



Carta nº 16213746



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360866 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINNA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA **Data do acidente:** 20/10/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TORNOZELO DIREITO. PG. 3,4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

127.922.484-32 SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

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

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

SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA 127.922.484-32 DO LAR RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610 59.346-590

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: NUBANK AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24632482

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PARNAMIRIM, 27 AGOSTO DE 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

Nº: 081641/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO
Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 17:00 Data/Hora Fim: 22/11/2019 17:25
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ativo: 1º Distrito Policial de Parnamirim
Data/Hora do Fato: 20/10/2019 02:49 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)
Logradouro: RUA EDGAR DANTAS

Bairro: Santos Reis

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO HOSPITAL DEOCLECIO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1993 - ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA (VÍTIMA - COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Estudante

Sexo: Feminino

Nasc: 15/05/1999

Estado Civil: Solteira

Nome da Mãe: Syriela Maria de Fátima Teixeira Costa

Documentação

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 127.922.484-32

Endereço

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: RUA VEREDOR BANDEIRA JÚNIOR
Bairro: PARQUE DE EXPOSIÇÃO
Telefone: (84) 99449-4819 (Celular)

Nº: 610

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

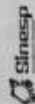
Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo - Veículo	Subgrupo - Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 012.063.214-40	Placa: QGP6197
Renavam: 01167671098	Número do Motor: G3C5E-065338
Número do Chassi: 9C8DG2550J0008018	Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018
Cor: PRETA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Parnamirim	Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER S
Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER S	Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: Sanderson Antunes
Data de Impressão: 22/11/2019 17:25
Protocolo nº: Não disponível



Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 061641/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/10/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
Sabrina Stefany Rodrigues da Costa	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Caminhão/Caminhão
CFF/CNPJ do Proprietário 094.029.964-43	Placa NOE5998
Rua/Ram 00300902785	Número do Motor CCH83304
Número do Chassi 98WAA0523CA064755	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo VW/FOX 1.0 GII
Modelo VW/FOX 1.0 GII	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 15/01/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATÓRIO HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA AV EDGAR DANTAS NA GARUFA DA MOTO PILOTADA PELO SENHOR WESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS, COM CPF 124.419.334-61, PROVENIENTE DA CONVENIÊNCIA TODA HORA, NO SENTIDO PASSAGEM DE AREIA AO CENTRO, QUE O VEÍCULO FOI ACIONADO E SE DIRIGIU PARA A LATERAL DA MOTO, DE DIREÇÃO SOBRE A FAIXA DE REVERSÃO, COLIDINDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA DA MOTO NÃO DEIXOU O VEÍCULO QUE O CONDUCTOR DO VEÍCULO FOI APRESENTANDO SINAIS DE ENBRIGADE, O MESMO SEGUIR DESCEU DO VEÍCULO, QUE O AUTOR DO FATO TENTOU SAIR DO LOCAL, PORÉM FOI CONTEIDO POR POPULARES, QUE FOI ACIONADO O SAMU, QUE ESTE SE FEZ PRESENTE, FICANDO A OCORRÊNCIA DE Nº 1813231 DO DIA 20.10.2019; QUE A SAMU CONVOZIU A DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES EM PARNAMIRIM, FICANDO ATENDIDA SOB O BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 02 DO DIA 20.10.2019; QUE NO LOCAL O FATO FOI REGISTRADO EM CÂMERAS DE SEGURANÇA E O VIDEO SERÁ OFERTADO PELA DECLARANTE NO MOMENTO EM QUE FOR SOLICITADO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Sanderson Antunes
Agente de Polícia
Matrícula 187522
Representante pelo Atendimento

Sabrina Stefany Rodrigues da Costa
(Comunicante / Vítima)

Assinada para os devidos fins e para fins legais, a comunicante declara a veracidade das informações prestadas e a validade da declaração, sob pena de aplicação das sanções previstas no Código de Processo Penal e no Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil Luis Gonzaga Peres de Lucena
Instituído em 08/10/2018
Data de Impressão: 22/11/2019 17:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2
PJe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061641/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 17:00 Data/Hora Fim: 22/11/2019 17:25
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 20/10/2019 02:49 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)
Logradouro: RUA EDGAR DANTAS

Bairro: Santos Reis

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO HOSPITAL DEOCLÉCIO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Parnamirim Sexo: Feminino Nasc: 15/05/1999
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Syntia Maria de Fatima Teixeira Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 127.922.484-32

Endereço

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR Nº: 610
Bairro: PARQUE DE EXPOSIÇÃO
Telefone: (84) 99448-4819 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.063.214-40	Placa QGP6197
Renavam 01167671098	Número do Motor G3C5E-085338
Número do Chassi 9C6DG2550J0008018	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER S
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER S	Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: Sanderson Antunes
Data de Impressão: 22/11/2019 17:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061641/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/10/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sabrina Stefany Rodrigues da Costa	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 094.629.954-43	Placa NOE5698
Renavam 00390892785	Número do Motor CCN863304
Número do Chassi 9BWAA05Z3C4064755	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo VW/FOX 1.0 GII
Modelo VW/FOX 1.0 GII	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 15/01/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA AV EDGAR DANTAS NA GARUPA DA MOTO PILOTADA PELO SENHOR WESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS, COM CPF 124.419.934-61, PRÓXIMO A CONVENIÊNCIA TODA HORA, NO SENTIDO PASSAGEM DE AREIA AO CENTRO; QUE O VEÍCULO FOX SEM DAR SINAL DE PARADA OU MESMO DE DIREÇÃO, SOBRE A FAIXA DE PEDESTRE VIROU E ENTROU EM FRENTE A MOTOCICLETA; QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR COLIDINDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA LANÇADOS AO CHÃO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOX APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGÊS, O MESMO SEQUER DESCEU DO VEÍCULO; QUE O AUTOR DO FATO TENTOU SAIR DO LOCAL, PORÉM FOI CONTIDO POR POPULARES; QUE FOI ACIONADO O SAMU QUE ESTE SE FEZ PRESENTE, FICANDO A OCORRÊNCIA DE Nº 181323/1 DO DIA 20.10.2019; QUE A SAMU CONDUZIU A DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM, FICANDO ATENDIDA SOB O BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE Nº 02 DO DIA 20.10.2019; QUE NO LOCAL O FATO FOI REGISTRADO EM CÂMERAS DE SEGURANÇA E O VÍDEO SERÁ OFERTADO PELA DECLARANTE NO MOMENTO EM QUE FOR SOLICITADO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Sanderson Antunes
Agente de Polícia
Matrícula 1670522
Responsável pelo Atendimento

Sabrina Stefany Rodrigues da Costa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins o direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que nel origin, conforme previsto nos artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: Sanderson Antunes
Data de Impressão: 22/11/2019 17:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

127.922.484-32 SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA

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

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

SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA 127.922.484-32 DO LAZ RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610 59.346-590

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: NUBANK AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24632482

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PARNAMIRIM, 27 AGOSTO DE 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de
Nº 181323/1 referente ao paciente **SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA**, 20
anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia
20/10/2019, em Parnamirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 31 de outubro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matrícula:210991-3



192
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 181323/1

Data: 20/10/2019

CHAMADO

TARM: DEBORA RAYANE CAMARA DE ARAÚJO

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 65 (EXTREMOZ)

Médico Regulação: DIRCEU FONSECA DE MIRANDA

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: ALTEMAR GABRIEL PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARCELA ADRIANA DA COSTA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
--------------------	-------	------------	--------	------------------	-------------------------	--------------------

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: LARISSA

Telefone: (84) 9930-5260

Nome do Paciente:

SABRINA STEFANY RODRIGUES COSTA

Idade: *

20 ANO(S)

Sexo: *

NÃO INFORMADO *

Endereço: AV EDGAR DANTAS

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: SANTOS REIS

Referência/Complemento: EM FRENTE A CONVENIENCIA FORA DE HORA// PX AO HOSP DEOCLECIO MARQUES

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR LUIZ NO HDML

Queixa Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local:

Histórico Regulação Médica:

20/10/2019 02:53:20 - Dr(a). DIRCEU FONSECA DE MIRANDA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISAO AUTO X MOTO. ESTAVA DE CAPACETE. CONSCIENTE, SEM FRATURA APARENTE. AO SOLO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 20/10/2019 02:59:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA
Observação: Controle de frota: LIBERADA A USB-65 (PARNAMIRIM) SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.Data: 20/10/2019 03:44:31 Usuário: (TARM) DEBORA RAYANE CAMARA DE ARAÚJO
Observação: TENTADO CONTATO COM O HOSP DEOCLECIO MARQUES POREM TELEFONE OCUPADO. 3644*6449Data: 20/10/2019 06:03:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR LUIZ NO HDML

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
20/10/2019 02:49:17	20/10/2019 02:53:20	20/10/2019 02:58:50	20/10/2019 02:59:18	20/10/2019 03:13:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
20/10/2019 03:34:00	20/10/2019 03:57:00	20/10/2019 06:03:33	20/10/2019 06:03:35	



Observação do Apoio:

CONDIÇÃO

☒ Conduta VTR

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

20/10/2019 03:33:28 - DIRCEU FONSECA DE MIRANDA
IMOBILIZAÇÃO CONFORME PROTOCOLO

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUIZ

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

☒ Vaga Zero

Motivo da entrada:

☐

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

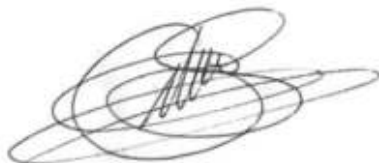
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim * Não



UNPA 001.304.118(0009)181 | INSC. EST. 200551997-1 | 6672

DADOS DO CLIENTE

OSENILDA LUCAS DOS SANTOS

CPF 012 063 214-40

CLASSIFICAÇÃO

1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VERI ADOR BANHEIRA JUNIOR 610

PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARANAMIRIM RN
59140-550

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855576210	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROXIMA PROXIMA LETURA
13/02/2019	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	85,92

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
19201875	UNICA	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
30/2/2018	3000814353	1137184

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Alvo (VWh)
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Luzta por atraso-NF 017717266 - 07/01/19
Luzta por atraso-NF 016243302 - 06/12/18
Luzta por atraso-NF 016243302 - 06/12/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
120,00000000	0,62232720	74,87
		8,55
		1,04
		0,87
		0,40



DADOS DO CLIENTE

JOSENILDA LUCAS DOS SANTOS

CPF 012 063 214-40

CLASSIFICAÇÃO

1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VERILADOR BANDEIRA JUNIOR 810

PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARNAMI RIM RN
59146-590

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
19201875	ÚNICA	00/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2019	3000814353	1137184

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855576210	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
13/02/2019	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	85,92

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,0000000	0,62232720	74,67
Contribuição Pública Municipal			8,65
Multa por atraso-NF 017717266 - 07/01/19			1,04
Multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18			0,87
Multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18			0,40





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

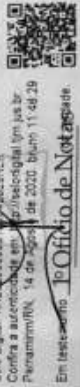
Para mais esclarecimentos, acessar o site www.registrodevidas.com.br ou entrar em contato através do e-mail atendimento@registrodevidas.com.br
Central de Atendimento (para perguntas sobre como usar o sistema) - 0800-100000 / Ouvidoria: 0800-022-12-04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia) - 0800-022-81-81 | SAC (para deficientes auditivos e de fala) - 0800-022-12-06 | Central de Atendimento: 0800-022-81-80

Eu, JOSEVILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS, data de expedição 03/01/20,
RG nº 001.938.590, portador do CPF nº 012.063.214-40, no Estado de
Orgão ILPE, com domicílio na cidade de PARANIRIM, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RIO GRANDE DO NORTE, nº 610,
R.: VEREADOR BANDEIRA JUNIOR, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
complemento _____, mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA, cujo o condutor era
KIESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS,
Veículo: MOTO Modelo: KITZ CROSSER 150 Ano: 2018
Placa: QGP6197 Chassi: 9C6DE2550Y008018
Data do Acidente: 20/10/19

1ª Orelha e Data:

PARANIRIM 14.08.20
JOSEVILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Em Testemunho: JOSEVILDA LUCAS SANTOS DE ASSIS
TÉCNICO DE NOTARIA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192/RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessários, que foi encontrada a ocorrência de
Nº 181323/1 referente ao paciente **SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA**, 20
anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia
20/10/2019, em Parnamirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 31 de outubro de 2019.

P. Wagner Fomoro de Sousa

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matrícula: 210991-3



SAMU 192
END: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84.3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 181323/1 Data: 20/10/2019

EQUIPADO
 TARM: DEBORA BAYANE CAMARA DE ARAUJO
 Rádio Operador: KLERBERSON PLATINY COUTO SILVA
 Equipe Enfermagem Cena:
 VTR: USB 65 (EXTENSO)

EQUIPE
 Médico Regulação: DIRCEU PONSECA DE MIRANDA
 Médico Cena: CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACHDO
 Usuário Pôr-Cena:
 Equipe VTR: ALTIVAR GABRIEL PEREIRA - CONDUCTOR DE VEÍCULO DE
 MARCELA ADRIANA DA COSTA - TÉCNICO DE INFERMEIARIA

REGULAÇÃO MÉDICA

Cidade: PARANAMIRIM

Nome do Solicitante: LARISSA

Nome do Paciente:

SABRINA STEFANY RODRIGUES COSTA

Idade: *

20 ANOS

Sexo: *

NÃO INFORMADO

Telefone: (011) 9930-5200

Endereço: AV EDGAR DANTAS

Bairro:

Quilvo Bairro: SANTOS REIS

AP: VP

Referência/Complemento: EM FRENTE A CONJUNTA FOM DE HORAS/ PT AD HOSP DEOCLEIO MARQUES

Unidade de Destino Transfêrencia: HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARQUES DE LUZENA

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CIDADÃOS DO DR LUZ NO HCPH.

Queixa Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transfêrencia

Distância do paciente: Com o Paciente

Local:

Histórico Regulação Médica:

30/10/2019 02:53:20 - Dr(a): DIRCEU PONSECA DE MIRANDA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISAO AUTO X MOTO. ESTAVA DE CAPACETE, CONSCIENTE, SEM FRATURAS APARENTE. AO SOLO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRORIDADE: VERMELHO

CODIGO DE DESLOCOMENTO: CODIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES:

Data: 20/10/2019 02:59:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLERBERSON DA SILVA
 Observação: Controle de frute: LIBERADA A USB-65 (PARANAMIRIM) SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.
 Data: 20/10/2019 03:44:31 Usuário: (TARM) DEBORA BAYANE CAMARA DE ARAUJO
 Observação: TENTADO CONTATO COM O HOSP DEOCLEIO MARQUES PORÉM TELEFONE OCUPADO. 3644*6449
 Data: 20/10/2019 06:03:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLERBERSON PLATINY COUTO SILVA
 Observação: Controle de frute: PCTE AOS CIDADÃOS DO DR LUZ NO HCPH.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
20/10/2019 02:49:17	20/10/2019 02:53:20	20/10/2019 02:58:50	20/10/2019 02:59:18	20/10/2019 03:13:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberção Destino:	Liberção VTR:	
20/10/2019 03:34:00	20/10/2019 03:57:00	20/10/2019 06:03:33	20/10/2019 06:03:35	







991608489 Pac Sem Doc Samuel

HOSPITAL
Hospital Docência M. Lucena
PARNAMIRIM / RN

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLEIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 09

NOME: Sabrina Strogene Rodrigues da Costa
IDADE: 15 05/1998 Sexo: F ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Parnamirim PROFISSÃO:
ENDEREÇO: Rua V. Bandeira 4100510 BAIRRO: Parque Estrela
CIDADE: Parnamirim DATA: 20/10/2019 HORA: 16:40

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) D) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

SCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C PULSO TA

TEMP. RESPIRAÇÃO GLASGOW SCORE FINAL TEMP. PULSO

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente trazido pelo SAMU de casa com trauma por queda de altura. Perda de consciência por alguns minutos. Perda de memória recente. Perda de consciência por alguns minutos. Perda de consciência por alguns minutos.

EXAME FÍSICO A: Vias aéreas sem ruídos. B: MUC em ATT, D/LA. C: RCL em 2T, BNF. FC: 70 PA: 120x80. AD: Plano e indol. Baixa saturação e indol. D) Glasgow 15, SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
16:40	120x80	16	15	15	36,5	70

DIAGNÓSTICO INICIAL Trauma

HRDML/SESAP
CONFERIR C/ O ORIGINAL
Parnamirim/RN 15/10/2019 Mat 15236-1

EXAMES COMPLEMENTARES

HRDMAL / SESAP
CONFERÊNCIA ORIGINAL
Paciente: Mar. 152396-1

JAT OK! (ao)

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTUPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCOFACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUITA

- Rx de tórax + p. D
- Drenagem 2os + 3os @ Agor > Jato 08/10
- Tabela 40-5 - Agor @ Agor
- Aud da BMF
- Aval de Estágio
- Otimização hospitalar
- Sotagem no p. D

BMF Parada vítima de acidente de moto,
20/10/19 gravemente ferido, admitido, acompanhado
3:45h Levado em helicóptero

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNO NO SERVIÇO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM
HORA 21:15	PLANO DE PRONTUÁRIO	PARA

RETIROU-SE POR DEFEIÇÃO de perda, A REVELIA ☐

DATA 21/10/19 A 11h Alteração BMF

ÓBITO 12h R. 12h

ENTREGUE A FAMÍLIA ☐ SVO. ☐ ITER ☐

em apostolado 12 de Agor, de e

em de de

MEDIC (p. 10)

1. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

2. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

3. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

4. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

5. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

6. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

7. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

8. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

9. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15

10. T. 10 (p. 10) Loc. 10 Agor 15



PEDIDO DE EXAME

Nome:	Sobrinho Silvestre Reduzor	Matrícula:	
Idade:		UTI:	
Sexo:		CC:	
SAU:		Leito:	
NATUREZA DO EXAME	- Enxerto de pele - Tumor na pele - Tumor na pele		
INDICAÇÃO CLÍNICA	- Tumor na pele - Tumor na pele		
Requisitante:			
CRM:	Data: 20/10/19		

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
Dor no TRL - D, após trauma, lesão, Exame: lesão com fratura completa, edema leve, sem fratura aparente. Radiografias sem fraturas aparentes.	
Diagnóstico: Fratura / Alta da dependência	CID:
Dr. Fábio Pereira CRM: 19.100.19	CRM: 19.100.19 Data: 19/10/19
Retornar a clínica solicitante: Sim, Análise	Unidade:
Para o (a) Dr. (a):	horas do dia: 1





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

09

NOME:

Sabrina Stedene Rodrigues da Costa

IDADE:

15.05.1999

CDR:

SEXO:

F

ESTADO CIVIL:

Solteira

NATURALIDADE:

Parnamirim

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Rua V. Barbosa Junior 610

BAIRRO:

Rua de Espirito Santo

CIDADE:

Parnamirim

DATA:

20/10/2019

HORA:

16:40

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazida pelo SAMU de domicilio
localizada no solo de casa perto x carro
de desmor e vômitos. Dor no tornozelo direito

EXAME FÍSICO A: Vias areas sem sinais de lesão.

B: MUC em ATT, D/RA

C: RCC em ZT, BNF. FC: 70 PA: 120x80

ABD: Plano e indolor. Reflexo osteal e normal

D: Glasgow 15. pupilas isocóricas sem defeito de refração

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
16:40	120x80	16	15	15	36,5	70

HRDML / SESAP
CONFERIR / O ORIGINAL
Parnamirim / RN.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

Mat 152376-1



EXAMES COMPLEMENTARES

Mat. 152396
CONF. C/O ORIGINAL
HRDML / SESAP

JAT OK! (20)

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

- Rx de tórax + R (D)
- Dispnosia 20% + AR (E) Agor > feto 03/00
- Tabetil 40-3 + AR (E) Agor
- Aval da CBMF
- Aval de ortopedia
- ~~Observação~~ hospitalar
- ~~sotona~~ no R (D)

BMF Parado ritmo de atividade de auto,
20/10/13 com insucesso, aritmia, apneia
3:45h lauragão em laboratório superior

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM
HORA	PARA	

RETIROU-SE POR

DATA

ÓBITO

ENTREGUE

À FAMÍLIA

S.V.O.

I.T.E.P.

A REVELIA

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PEDIDO DE EXAME

Nome:	Schwinn Othelene Redinger			Matrícula:	
Idade:	Ambulatório:	UTI:	Enfermaria:		
Sexo:	SAU:	CC:	Leito:		
NATUREZA DO EXAME					
Rc { - lateral perf - Torax AP - Rolo AP					
INDICAÇÃO CLÍNICA					
- torçao @ AP e perfil					
Requisitante:					
CRM: 					
Data: 20/10/19					

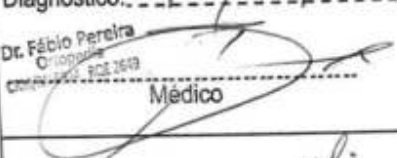




PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: <u>Osborna Athayde Rêgo</u>	Prontuário:
Motivo da Consulta: <u>Queda de moto e dor em tornozelo direito (sutura)</u>	
 Luiz Cláudio A. Albuquerque CRM 100.702.2519 Médico	CRM Data <u>20</u> / <u>10</u> / <u>19</u>
Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u>	
Consulta marcada para a Unidade: Município:	
Para o (a) Dr. (a): às horas do dia <u>1</u> / <u>1</u> /	

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<u>Dor em TNZ - D, após trauma, hoje, Exame = lesão com fratura sustentada edema leve, ADM completa. Radiografias sem fraturas aparentes.</u>	
Diagnóstico: <u>contusão / lesão da articulação</u>	CID:
 Dr. Fábio Pereira CRM 100.702.2519 Médico	CRM Data <u>19</u> / <u>10</u> / <u>19</u>
Retornar à clínica solicitante: <u>clín. cirúrgica</u> Unidade:	
Para o (a) Dr. (a): às horas do dia <u>1</u> / <u>1</u> /	





PEDIDO DO SEGURO DPVAT



1 - Nome completo: ROSELIANE DE SOUZA

2 - Nº do contrato ou AN: 12.0522.454-32

3 - CPF da vítima: 012.922.454-32

4 - Nome completo da vítima: ROSELIANE DE SOUZA

5 - Nome completo: ROSELIANE DE SOUZA

6 - CPF: 012.922.454-32

7 - Profissão: PROFESSORA

8 - Endereço: RUA DE SOUZA

9 - Cidade: RECIFE

10 - Estado: PE

11 - Data: 12/05/22

12 - Hora: 14:00

13 - Assinatura: ROSELIANE DE SOUZA

14 - Assinatura: ROSELIANE DE SOUZA

15 - Assinatura: ROSELIANE DE SOUZA

16 - Nome completo do representante legal: ROSELIANE DE SOUZA

17 - CPF do representante legal: 012.922.454-32

18 - Nome completo do representante legal: ROSELIANE DE SOUZA

19 - CPF do representante legal: 012.922.454-32

20 - Renda mensal do titular da conta: R\$ 1.000,00

21 - Dados bancários: ☒ BENEFICIÁRIO DA INCENTIVAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCENTIVAÇÃO (IMIL, CURADOR, TUTOR)

22 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

23 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

24 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

25 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

26 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

27 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

28 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

29 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

30 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

31 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

32 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

33 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

34 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

35 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

36 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

37 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

38 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

39 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

40 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

41 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

42 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

43 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

44 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

45 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

46 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

47 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

48 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

49 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

50 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

51 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

52 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

53 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

54 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

55 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

56 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

57 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

58 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

59 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

60 - Dados bancários: ☒ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR ☐ BANCO INFORMAR

UNIV 00.304.105/0001-81 | Ins. Est. 20051999-1 | 6612

DADOS DO CLIENTE

GENILDA LUCAS DOS SANTOS

CPF 012 063 214-40

CLASSIFICAÇÃO

1. RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VERILADOR BAQUEIRA, JUNIOR 610

PARK JET EXPUSC OES/AREA URBANA
PARANAMIRIM RN
59146-596

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855576210	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LECTURA
13/02/2019	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	85,92

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
10201876	UNICA	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
302/2018	3000814363	1137184

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
120,00000000	0,52232720	74,67
		8,65
		1,04
		0,87
		0,40

Consumo Ativo (VAth)
Conto de Ilum. Pública Municipal
multa por atraso-NF 017717266 - 07/01/19
multa por atraso-NF 015243302 - 06/12/18
multa por atraso-NF 015243302 - 06/12/18





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN N° 013831924936
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 01267671098 RNTM ***** 2018

NOME JOSE LUIZ LUCAS DOS SANTOS

DETRAN 012.063.214-40 PLACA Q9F6197

PLACA ANTIGA Q9F6197/RN CHASSI SC6DG255C0000018

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL

RENAVAM 01167671098 MARCA/MODELO YAMAHA/XTE150 CROSSER S

ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL CATEGORIA CCV/349 CILINDRADAS PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA 1

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 25/10/2018 1º PAGO

IPVA R\$ 0.00 2º PAGO

PAGA/PVA 013813 3X 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) CF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

TAXAS ESTADUAIS: PAGO DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 10.371.492/0001-85

BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

MOTOR: G3C5E-085338

PARANAMIRIN/RN DATA 08/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A PESSOAS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE 45 TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOA
E TRANSPORTADA OU NATAL DO SEGURO DPVAT

RN N° 013831924936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

001426926-0

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 822 1204

EXERCICIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

VIA 1 OFI / CNPJ 012.063.214-40 PLACA Q9F6197

RENAVAM 01167671098 MARCA / MODELO YAMAHA/XTE150 CROSSER S

ANO FAB 2018 DTI TMS 9 Nº CHASSI SC6DG255C0000018

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA INAGELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

48
08/2017

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:49:45
<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110494506300000093477936>
 Número do documento: 23042110494506300000093477936

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256814/20

Vítima: Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa

CPF: 127.922.484-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2019

Titular do CPF: Sabrina Stefanny
Rodrigues da Costa

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa : 127.922.484-32

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.

