



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	<u>Petição</u>	Petição
99005867	21/04/2023 10:49	<u>Petição</u>	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 subscreve, 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) <i>Paciente frangido pelo SAMU devido a um deserto no estômago e vômitos. Porém tornozelo direito</i>						
EXAME FÍSICO A: Vias aéreas patentes sem edema. <i>B: MVR em AHT, DIRA</i> <i>C: RCE em ZT, BNF. FC: 70 PA: 120x80</i> <i>A3D: Plano e intato. Peso estavel e normal</i> <i>D: Glasgow 15, pupilas isocárticas sem defeitos motor</i>						
SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
F1 hora final +						

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=2304211047257020000093477928>
 Número do documento: 2304211047257020000093477928

Num. 99005859 - Pág. 1
 Pág. Total - 1

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:

*BMF Parece vítima de acidente de moto,
20/10/13 considerado, orientado, apresente
3:45h luxação em lobo superior
dente aparente DESTINO DO PACIENTE ortodôntico
assalto dentaria da 12, luxação
do 11, internado no serviço de
HORA 21 HS para
REMOVIDO EM hora de
RETIROU-SE POR ORIGEM MEDICA *paciente da ferida* A REVELIA
DATA 11/11/13 HORA BMF
ÓBITO 11/11/13 *Roberto P. 3365*
ENTREGUE À FAMÍLIA S.V.O. 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 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.

Portanto, como não há nexo 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 imiplante 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 faze-lo, ou ainda, que não faça agora mas vindo a fazer no futuro, seria capaz mesmo de extinguir as sequelas hoje existentes.

Dessa forma, havendo a possibilidade tratamento capaz de restaurar a patrimônio físico da vítima não há como se admitir que a sequela 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 inexiste 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 sequela 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 SUPORTADO 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).

Repita-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. 4
Pág. Total - 4

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=2304211047257020000093477928>
Número do documento: 2304211047257020000093477928

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



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

Num. 99005867 - Pág. 1
Pág. Total - 6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360866 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINNA STEFANNY RODRIGUES **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 %





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: SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA	6 - CPF: 127.922.484-32		
7 - Profissão: DO LAR	8 - Endereço: RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR	9 - Número: 630	10 - Complemento: PARQUES DE EXPOSIÇÕES
11 - Bairro: PARQUES DE EXPOSIÇÕES	12 - Cidade: PARANAMIRIM	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.346-590
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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\$1,00 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 24632482 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu nascituro (válvulas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranámirim, 27 AGOSTO DE 2020

Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 06164/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Relato: 23/11/2019 17:00 Data/Hora Fim: 23/11/2019 17:25

Delegado de Polícia: Luiz Gonçaga Pintos de Lacerda

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato(s): 1º Distrito Policial de Parnamirim

Lugar/Local do Fato: 209 10/2019 02:49 [Data Aproximada]

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)

Bairro: Samuca Reis

Legradouro: RUA EDGAR DANTAS

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO HOSPITAL DEOCLECIDO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

[Natureza]

1083: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VITIMA - OUTROS

ENVIOLVIDO(S)

Nome Civil: SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA [VITIMA , COMUNICANTE]

Naturalidade: RN - Parnamirim

Sexo: Feminino

Nascimento: 15/05/1999

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Synthia Maria de Fatima Teixeira Costa

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 127.922.484-32

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Lugar/Local: RUA VEREADOR BANDIERA JUNIOR

Bairro: PARQUE DE EXPOSIÇÃO

Telefone: (84) 99448-4819 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÔSTO AUTOR/INFRATOR)

Naturalidade: Brasileira

Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 012.063.214-40

Renavam: 01167671098

Número do Chassi: 9C6DG2550U0008018

Cor: PRETA

Município Veículo: Parnamirim

Modelo: YAMAHA XTZ150 CROSSER S

Velículo Adulterado?: Não

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: QGP6197

Número do Motor: GJC5E-085338

Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018

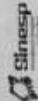
UF: Véiculo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: YAMAHA XTZ150 CROSSER S

Velículo adulterado?: Não

Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonçaga Pintos de Lucena
Impresso por: Sanderson Antunes
Data de impressão: 23/11/2019 17:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO - PARNAÍMIRIM - RN
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAÍMIRIM - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061641/2019

Quantidade	1	Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização	Dematran	08/10/2018	Situação do Veículo	ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA
Nome Envolvido	Sabrina Stefany Rodrigues da Costa		Envolvimentos	
Grupo	Veículo		Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camionete/Carroceria
CPF/CNPJ do Proprietário	014.629.944-43		Placa	INDE5688
Renavam	003900802785		Número do Motor	CCRA613304
Número do Chassi	9BWWAA05Z1C4064755		Ano/Mês de Fabricação	2012/2011
Cor	PRETA		UF Véiculo	Rio Grande do Norte
Município Véiculo	Parnaímirim		Marca/Modelo	VM/FD 1.0 GII
Medida	VM/FD 1.0 GII		Veículo Admitido?	Não
Quantidade	1	Unidade	Situação Envolvido	Mais Empregado
Última Atualização	Dematran	15/01/2014	Situação do Veículo	ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA
Nome Envolvido			Envolvimentos	
Desconhecido	1		Proprietário	

RELATO HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSTINAVA NA AV EDGAR DANTAS NA GARUPA DA MOTO PILOTTADA 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 FAMA DE PEDESTRE VIROU E ENTROU ENFRETE A MOTOCICLETA, QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR COLINDANDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA LANÇADOS AO CHÃO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOX APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGEM, O MESMO SEGUIU DESEJO DO VEÍCULO, QUE O AUTOR DO FATO TEATOLOU DO LOCAL, PORÉM FOI CONTIDO POR POPULARES, QUE FOI ACHONADO O SAMU QUE ESTE SE FEZ PRESENTE, FIGANDO A OCORRÊNCIA DE N.º 1813231 DO DIA 20/10/2019, QUE A SAMU CONDUZIU A DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL DIOGÓLEIO 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

Sabrina Stefany Rodrigues da Costa

(Comunicação / Ata)

Sabrina Stefany Rodrigues da Costa
Impresso em 08/01/2023 às 10:49:45 por Administrador
Este documento é único e不可复制. Ele deve ser usado exclusivamente para informações sobre assentos e deve ser destruído assim que o processo finalizar.



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

EN VOLVIDO(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 Fátima 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

Página 1 de 2

Impresso por: Sanderson Antunes

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 22/11/2019 17:25

Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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/Caminhon
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 EN FRETE A MOTOCICLETA; QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR COLIDIENDO CONTRA A LATERAL DO VEÍCULO, LOGO EM SEGUIDA LANÇADOS AO CHÃO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOX APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGÉS, 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 1870522
Responsável pelo Atendimento

Sabrina Stefany Rodrigues da Costa
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins que sou (ou) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do 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



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

Num. 99005867 - Pág. 7
Pág. Total - 12



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:		
SABRINA STEFANNY RODRIGUES DA COSTA	127.922.484-32		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
DO LAR	RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR	630	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PARQUES DE EXPOSIÇÕES	PARANAMIRIM	RN	59.346-590
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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\$1.00 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 24632482

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deu nascituro (válvulas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paraná, 27 AGOSTO DE 2020

Sabrina Stefanny Rodrigues da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/2019





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 N° 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 Paramirim/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 31 de outubro de 2019.

P / Walter Fiuza da Silva

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



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

Médico Regulação: DIRCEU FONSECA DE MIRANDA

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 65 (EXTREMOZ)

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

* REGULAÇÃO MEDICA	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// P/X AO HOSP DEOCLEIO MARQUES

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO 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

APL: TRAJUA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

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

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apóio:

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 DEOCLEIO MARQUES POREM TELEFONE OCUPADO. 3644*6449

Data: 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:

CONDUTA

Conduta VTR

Remoção

Conduta Médico Regulador:

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

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUI

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENÇAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLÊNCIA A VULNERAVEL?

Sim * Não



DADOS DO CLIENTE

OSÉNILDA LUCAS DOS SANTOS

PF: 012 063 214-40

LASSIFICAÇÃO1 RESIDENCIAL
1 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	8592	SÉRIE	BRINCO
19201975	ÚNICA	DATA DE VENCIMENTO	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
30/2/2019	3000914363	1137184	

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VERA ALDOR BAIXEIRA, JUNDIAÍ SP 010

PARQUE IHE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARNAÍBA 21M RN
59140-596

CONTACONTRATO	08555-6210	MÊS/ANO	02/2019
DATA DE VENCIMENTO		DATA PAGAMENTO/ATUALIZAÇÃO	
13/02/2019		08/03/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)			
85,92			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
120,00000000	0,62132120	74,67

Consumo Ativo (kWh)
Consumo Ilum Pública Municipal
Lata por atrs50-NF 017717266 - 07/01/19
Lata por atrs50-NF 016243302 - 06/12/18
uros por atrs50-NF 016243302 - 06/12/18



ADOS DO CLIENTE

OSÉNILDA LUCAS DOS SANTOS

PF 012 063 214-40

CLASSIFICAÇÃO

1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
19201975	ÚNICA	06/02/2019
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
30/02/2019	3000814363	1137184

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VEREADOR BANDEIRA JUNIOR 610PARQUE DE EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARNAMI RIM RN
59146-590

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,0000000	0,62232720	74,87
Contrib. Ilum Pública Municipal			8,66
multa por atraso-NF 017717266 - 07/01/19			1,04
multa por atraso-NF 016243302 - 06/12/18			0,87
uros 3 por atraso-NF 016243302 - 06/12/18			0,40





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Faça mais encaminhamentos, procure o site www.seguradoclientes.com.br ou entre em contato através do e-mail servicos@seguradoclientes.com.br
Central de Atendimento para consultas sobre seguro veículos e práticas de segurança à Capital e Região Metropolitana: 021-3206 / Outras regiões: 021-3206 / SAC: 021-3213-09 | Central Distribuidora: 021-3213-09
SAC 24h sem interrupções e seguem... | 24 horas por dia! 021-3213-09 | SAC (para consultas e suporte ao cliente) 021-3213-09

Eu, Josénilda Lucas Santos de Assis,
RG nº 001.938.590, data de expedição 03/01/20,
Orgão Itap, portador do CPF nº 012.063.214-40,
com domicílio na cidade de PARANAMirim, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde residir na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Vereador Benedito Júnior, nº 610,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (é) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SABRINA STEFANY RODRIGUES DA COSTA,
WESLEY LUCAS DOS SANTOS ASSIS
Veículo: Moto Modelo: Xtz Crosser 150 Ano: 2018
Placa: 06P6194 Chassi: 9G6D62550Y0008018
Data do Acidente: 20/10/19

1º Orgão e Data:
Paranamirim 14.08.20


Josénilda Lucas Santos de Assis
Assinatura do Declarante

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





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 N° 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 Parmaímir/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



END: AV. PRUDENTE DE MORAES, 2410 - BARRA VERMELHA - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 32094521



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Anexo 1

Data: 20/10/2019

CRM: DEBORA RAYANE CANARA DE ALMÚD Sobr. Operador: KLEIBERSON PLATINI COSTA SILVA Qualificação: Enfermeira em Cena		CHAMADO: Médico Regulador: GILCIO PONCECA DE MIRANDA Médico Cena: CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO Usuário Piso/Cena:	
VTR: USP 05 (EXTERNO)		Endereço: VTR: ALTMAR GABRIEL PEREIRA - CONDUTOR DE VÉHICULO DE PRESENÇA: HÉLCIA DA ALMUNA DA COSTA - TECNICO DE FRENTES/MAIS	
REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE: Informação	ENDR: QUADRA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE: SAMU
Cidade: PARANÁ/PR			TRAJAE: INTERNAÇÃO
Nome do Solicitante: LARISSA Nome do Recintinho: SABRINA STEFANY RODRIGUES COSTA		Telefone: (41) 9910-2100 Nº de VTR:	
Idade: 20 ANOS(S)		Sexo: * NÃO INFORMADO *	
Endereço: AV EDGAR DANTAS Bairro:		NP: VP	
Referência/Comentários: EM PRESENTE A COMARQUINHA FONHA DE MORAS/PK AD/HOSP DEOCLETO MARQUES			
Unidade de Destino: Transférinica - HOSPITAL REGIONAL DEOCLETO MARQUES DE LUCENA			
Observações: Radio Operador: PCTE AOS GUARDAS DO DR LUIZ NO HOSP. Quenza Primária: COLISAO CARRO X MOTO			
Quem Solicitar: Transporte Histórico Regulação Médica:			
APN: 20/10/2019 03:51:20 Dr(a). GILCIO PONCECA DE MIRANDA REGULACAO: TRAIANA A HDM- ACIDENTE AUTO X MOTO ACAO COM INTERVENCAO: USP PRIORIDADE: VERSELEJO CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: C001000 3			
Aplic:			

Local:

Distância do paciente: Crear o leste

Onde:

Historico Regulação Médica:

Outro Bairro: SANTOS REIS
Referência/Comentários: EM PRESENTE A COMARQUINHA FONHA DE MORAS/PK AD/HOSP DEOCLETO MARQUES
Unidade de Destino: Transférinica - HOSPITAL REGIONAL DEOCLETO MARQUES DE LUCENA
Observações: Radio Operador: PCTE AOS GUARDAS DO DR LUIZ NO HOSP.
Quenza Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Local:

Distância do paciente:

Onde:

Data: 20/10/2019 02:59:21 Usuário: (RADIO OPERADOR) REGATO KLEIBERSON DA SILVA
Observação: Controle de fatura LIBERADA A USP-05 (PARANÁ/PR)SAÍDA DO PRÓPRIO P.A.
Data: 20/10/2019 03:44:31 Usuário: (TARM) DEBORA RAYANE CANARA DE ALMÚD
Observação: TENTADO CONTATO COM O HOSP DEOCLETO MARQUES POREM TELEFONE OCUPADO. 36444-6449
Data: 20/10/2019 06:03:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEIBERSON PLATINI COSTA SILVA
Observação: Controle de fatura: PCTE AOS GUARDAS DO DR LUIZ NO HDM.

OBSERVAÇÕES:

HORÁRIOS DO CHAMADO	
Chamado:	Regulação Médica:
20/10/2019 02:54:17	Solicitação VTR: 02:53:20
Saída local:	Chegada VTR: 02:59:50
20/10/2019 03:54:00	Liberado Destino: 20/10/2019 06:03:33

Chamado Local:
20/10/2019
03:11:50

Chegada Local:
20/10/2019
02:59:18

Liberado VTR:
20/10/2019
06:03:35



Orientação do Atende

Conselho TTR

Consulta Médica Hospitalar:
20/03/2019 03:33:08 - GIREU TORNECA DE LINHARES
INSCRIÇÃO CONFORME PROTOCOLO

BRASÍLIA / DF / 2019-03-20 10:45:18

Aguardando Vaga
Estabelecimento:
HOSPITAL REGIONAL DEDICADO MARQUES DE LIMA

Reservado para:

Número do consultório:

Número da Técnica de Monóculo:

Vaga Zona

Histórico da anamnese:

*
Ass:

Nome receptor:

Descrição dos pertences:

Ass:

PREFERÊNCIAS

Caráter recepcionar:

Localização pertences:

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Sim - Não

VITIMIZADA VÍA MÉDICA

Sim - Não



for Dern Doc: Samuel

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DE OCÉLIO M. LUCENA
PARNAÍBA/MRN



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

11

NAME:	Saúda Silveira		PROFISSÃO:	Enfermeira	
IDADE:	16 05/1968		SEXO:	F	
NATURALIDADE:	Vila Brasil		ESTADO CIVIL:	Solteiro	
ENDERECO:	Rua 11 Branca 4110		BAIRRO:	Vila Brasil	
CIDADE:	Cachoeiro de Itapemirim		HORA:	10:10 AM	
CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO					
APARENTEMENTE BEM		<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> COM DISPNEIA	<input type="checkbox"/> CHOCADO	<input type="checkbox"/> COMATOSE
CH HEMORRAGIA		<input type="checkbox"/> EM CONVULSAO	<input type="checkbox"/> POLTRAMATIZADO	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> OUTROS
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	C) PRESSION ARTERIAL	
PUPILLAS	A) NIVEL DE CONSCIENCIA (GLASGOW)	B) FREQUENCIA RESPIRATORIA			
ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C					
TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	TA		
HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)					
Vocou o rosto pelo samu durante ambulância e sentiu dor de cabeça e dor no estomago e vômitos. Deu um tomzole (Rato) de noite					
EXAME FÍSICO A: Vias respiratórias sem alterações. B: Múltiplas feridas, cicatrizes. C: Freqüente ZT. BNF. P: 70 PA: 120x80 A: 30. Risco de infarto agudo de miocárdio. D: Trauma 15, score do trauma modificado 7-15.					
HORA	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP
F:	105/60 +	lento confortável	10	7-15	PULSO
HRDML / SESAP CONFIRMO O ORIGINAL Panamá/RN - Mat 15336-1					
DIAGNÓSTICO INICIAL					





UAT DO | (exc)

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"/> CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCAL-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OPTOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLASTICA	<input type="checkbox"/>

Agg. do Pernambuco

11

- Fox de Toreo + P.D.
 - Dromos 208 + 46 - HN
 - 426+1 20-C - HN
 - And 426 Etapa
 - 426 Etapa
 - 426 Etapa
 - 426 Etapa

BMF Parati volta de aulas de _____,
20/10/15 quando, agradecendo
3:45h férias em liberdade _____.
Ass. do Responsável

Ass. do Respiratório

PACIENTE		ONDE ESTA
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> PREMIERADO EM _____
HORA _____ HS	DATA _____ MÊS _____	NOMES _____
		PARA _____

30

DATA	<u>1-1-1</u>	ABORDA	<u>BOMF.</u>	ANEXO	<u>1</u>
ÓBITO	<u>1-1-1</u>	DEPARTA	<u>12 horas</u>	TEMPO	<u>1700</u>
		SUV	<input type="checkbox"/>		
		TRAMADA	<input type="checkbox"/>		

11

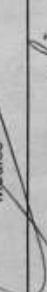
402

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

PEDIDO DE EXAME



Name:	Silvair	Sexo:	Masculino	Matrícula:	
Idade:		Ambulatório:	UTI:	Enterrada:	
Sexo:		SAU:	CC:	Letra:	
NATUREZA DO EXAME					
<input checked="" type="checkbox"/> - Lesão col. Sinf. <input checked="" type="checkbox"/> - Tornozelo <input checked="" type="checkbox"/> - Pállio <input checked="" type="checkbox"/> - Tornozelo <input checked="" type="checkbox"/> - Afl. - Rupt.					
INDICAÇÃO CLÍNICA					
<p><i>(Handwritten note: Exame para radiografia de tornozelo com suspeita de fratura)</i></p>					
Requisitante:	 <small>Dr. Fábio Pereira CRM: 1049450630000093477936</small>				
CRM:	Data: 20/10/19				

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<p>Dor no T2-D, após trancar, haja, Exame - Lesão conto cofana metatarsa colo e can, abn completa. Radiografia ver fraturas operadore.</p>	
Diagnóstico:	CID:
 <small>Dr. Fábio Pereira CRM: 1049450630000093477936 Médico</small>	CRM: 1049450630000093477936 Data: 20/10/19
Relatar à clínica solicitante: Thiago Augusto	
Unidade: União das Bacias	
Para o(a) Dr.(a): J. L. J. L.	





il 99160 8489 Rec Dem Doc. Som
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 09

NOME: Sabrina Stefene Rodrigues da Costa
IDADE: 15-05-1990 CDR: 111 SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Parnamirim PROFISSÃO: Estudante de Enfermagem
ENDERECO: Rua 11 Bandeira numero 610 BAIRRO: Parque das Flores
CIDADE: Parnamirim DATA: 20/10/2018 HORA: 16:45

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)

Placenta fregida pelo SAMU durante
transporte no veículo devido a choque e sangramento
de desmaio e vômitos. Foi em termo de óbito

EXAME FÍSICO A: Vias aéreas generais sem evidências.

B: MJO em AITT, DRA

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

A3D: Plano de undos. Peso estavel e regular

D: Glasgow 15, possivel histerismo sem defeitos neurológicos

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
8:15h End +	local contuso	regular	15	0	36,5	80

HRM/SESAP
CONFIRMO ORIGINAL

Parnamirim/RN

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

WJW/Mat 15276-1



EXAMES COMPLEMENTARES

HRDML / SESAP CONFERI C/O ORIGINAL
Mat. 15632 **Sammarin-RN.**

JAT OK! (se)

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 trena + RÉ D
 - Dismen ZEP + ASR (E) Agen \rightarrow Jabz Oshoo
 - Tiotil 40-5 + AP (E) Agen
 - And da CBMF
 - And da Orthopedic
 - ~~Obstetrics~~ Hospital
 - Sotana no RÉ D

20/10/13 3:45h BMF Parente vítima de acidente de moto,
consciente, orientado, apresenta
lacerações em lábio superior.
Ass. do Responsável

Ass. de Responsável

devido a parada cardíaca		RESTRIÇÃO DO PACIENTE	avaliação
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	assalto	internado no serviço de	removido em
	do 11,	esmagado, sinais da morte	HORA
HORA	21 HS		PARA
RETIROU-SE POR	<u>Defesa Medicina de fundo</u> A REVELIA <input type="checkbox"/>		
DATA	1 / 1	ALTA HORA	BMF
ÓBITO	1 / 1	<u>Ribeirão Preto</u> <u>3314</u>	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<u>en tempo (3) h devido à de</u> <u>cervical ser doroso</u>			
MÉDICO (Carimbo)	CHIEF DO PLANTÃO (Carimbo)		
<u>exato (6h30)</u>	<u>Rocky Glasgow 15</u> <u>piora</u> <u>paciente</u>		

MÉDICO (Carimbo) : Rocinha Glasgow 15º CBEFE DO PLANTÃO (Carimbo) :
exato (6h30). Peculiaridades vacina, febre hipertermica, tachicardia, hipertensão arterial, turgores cutâneas, sudorese profunda, dor de cabeça, náuseas e vômitos. A3 e A3P > 100.
CD. Alta de CR em Gastroenterologia. Fazendo uso de suco de laranja.





PEDIDO DE EXAME

Name: Schirin Utchiferre Rodriguez Matrícula: _____

Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____

Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

RK } - cervical gata
} - Tórax AP
} - abdômen AV
- faringe ① AP - perfil

INDICAÇÃO CLÍNICA

Requisitante:

CRM:

Data: 20/10/14





PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:

Paciente: Woburn Oliveira Reis Prontuário:

Motivo da Consulta:

II Dolor de moto no dorso
tornozelo direito (suturaada)

Médico

CRM

20 / 10 / 19
Data

Encaminhado à especialidade: Oftalmologista

Consulta marcada para a Unidade: Município:

Para o (a) Dr. (a): às horas do dia / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:

Paciente: Prontuário:

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Dor no T12-D, após trauma, há j.t.,
Exame - lesão conto costura suturada
edema leve, ASN completa.
Radiografias sem fraturas aparentes.

Diagnóstico: contuso / alta da oftalmologia CID:

Dr. Fábio Pereira
CRM: 102.2563
CID: 102.2563

Médico

CRM

19 / 10 / 19
Data

Retornar à clínica solicitante: clin. unigás Unidade

Para o (a) Dr. (a): às horas do dia / /





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

Num. 99005867 - Pág. 26
Pág. Total - 31



PEDIOMONDO SEGUIBO DPVAT

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:49:45
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110494506300000093477936>
Número do documento: 23042110494506300000093477936

Num. 99005867 - Pág. 27
Pág. Total - 32

DADOS DO CLIENTE

CSENILDA LUCAS DOS SANTOS

PF: 012 063 214-40

CLASSIFICAÇÃO1 RESIDENCIAL
1 RESIDENCIAL**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

FLA. VERA ADICK BAUMEL ITA, JUNIOR 610

PARQUE I E EXPOSIÇÕES/ÁREA URBANA
PARNAMÍTIM RN
59146-500

CONTATRATO	085557 6210	MES/ANO	02/2019
DATA DE VENCIMENTO		GARANTIA DE PAGAMENTO LUTADA	
13/02/2019		08/03/2019	
PRESENTAÇÃO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
30/2/2019		85,92	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
19201975	LÍNICA	06/02/2019
Nº DO CLIENTE		Nº DA NOTA FISCAL
3000814363		1137184

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
120,000000	0,62132720	74,87	
		8,95	
		1,04	
		0,87	
		0,40	

Consumo Ativo(kWh)
 -ontrib. Ilum. Pública Municipal
 fatura por at 550-NF 017717266 - 07/01/19
 fatura por at 350-NF 016243302 - 06/12/18
 fatura por at 350-NF 016243302 - 06/12/18





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

Num. 99005867 - Pág. 29
Pág. Total - 34

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013831924936

VIA 1 COD. RENAVAM 01167671098 DATA EMISSÃO 2018

JOSENILSON LUCAS DOS SANTOS

CHASSI: QGP6197/2018 PLACA: QGP6197

PLACA ANT/AN: QGP6197/RN CHASSI: QG6DG2550J00008018

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVEI COMBUSTIVEL: ÁLCOOL/95/90/95/97

MARCA/MODELO: YAMAHA/XTE150 CROSSER S ANO/FAB: 2018 ANO MÓD: 2018

CAP/POT/OL: CCW/149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR/PREDOMINANTE: PRETA

VEICULUNICA: R\$ 0,00 VENC. COTA UNICA: 25/10/2018 VENC. COTAS: 1º PAGO

FABRA/PVA: 013813 3K VENCIMENTO/COTAS: 2º PAGO

PREMIOS TARIÁRIO (R\$): IOF (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: G3CSE-085328

DATA: 08/10/2018

PARNAMIRIM/RN

Assinatura do proprietário

Assinatura da autoridade competente

Assinatura do Delegado de Polícia

Assinatura do Delegado de Polícia

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR O VÍCULO AUTOMÓVEIS DE TERRESTRE, JOVENS, CARGA, APESSOSAS, TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

RN Nº 013831924936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

001426926-0

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 08/10/2018

VIA 1 RENAVAM 01167671098 PLACA QGP6197

MARCA / MODELO YAMAHA/XTE150 CROSSER S

ANO FAB: 2018 QUITANDA: 9 N° CHASSI: 9G6DG2550J00008018

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELA DATA DE QUITAÇÃO

PARCELA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.008/0001-04

08/2017
Y
DEZ-2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:49:45
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304211049450630000093477936>
Número do documento: 2304211049450630000093477936

Num. 99005867 - Pág. 31
Pág. Total - 36

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 médica-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.



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

Num. 99005867 - Pág. 32
Pág. Total - 37