



Número: **0827519-82.2021.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **14/06/2021**

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	
NEY ALEXANDER DE FARIAS (AUTOR)		GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO) SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77259 237	06/01/2022 16:50	Apelação	Apelação
77259 238	06/01/2022 16:50	2822048_RECURSO_DE_APELACAO_01	Petição
77259 239	06/01/2022 16:50	2822048_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Outros documentos
77259 240	06/01/2022 16:50	2822048_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03	Outros documentos

Juntada de Recurso de Apelação





EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo n. 08275198220218205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NEY ALEXANDER DE FARIAS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 8 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



PROCESSO ORIGINÁRIO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL / RN

Processo n.º 08275198220218205001

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: NEY ALEXANDER DE FARIAS

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 16/12/2019.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Diante do exposto, julgo parcialmente procedente o pedido para condenar a seguradora demandada a indenizar a parte autora no montante de R\$ R\$ 1.350,00 (um mil, trezentos e cinquenta reais), acrescido de juros legais (1%),

contados a partir da citação (art. 405 do Código Civil, art. 240 do CPC e súmula 426 do STJ) e correção monetária contada a partir do evento danoso, de acordo com os índices do INPC (STJ: REsp 788712/RS; REsp 746087 / RJ; AgRg no Ag 1290721 / GO).

Visto que cada uma das partes foi igualmente vencedora e vencida na lide, condeno-as, na proporção de metade, ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios que arbitro em 10% do valor da condenação (artigos 85, § 2º e 86 do Código de Processo Civil), respeitado, no que couber, a regra da gratuidade judicial quanto ao previsto no artigo 98, §§ 2º e 3º do Código de Processo Civil.



Data vênia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Por amor ao debate a Apelante traz à baila, em uma simples consulta em seus arquivos que a parte Apelada, já percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outros sinistros ocorridos em 03/07/2016_já tendo recebido da Seguradora administrativamente exatamente a quantia de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

Sinistro ocorrido em 03/07/2016 – regulação administrativa nº 3170619665 – pagamento no valor de r\$ 1350 – referente à CRÂNIO 10 %. Vejamos:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3170619665	Cidade: Monte Alegre	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS	Data do acidente: 03/07/2016	Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR À DIREITA.				
Descrição do exame médico pericial: DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA COMPLETAMENTE E PARA MASTIGAÇÃO.				
Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDÍBULA À DIREITA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 22/12/2017				
Conduta mantida:				
Observações:				
Médico examinador: Urai de Oliveira				
CRM do médico: 4315				
UF do CRM do médico: RN				
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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEY ALEXANDER DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04845

CONTA: 000000015829-9

Nr. da Autenticação 9EDF390DD9970328

Assim, a presente demanda trata-se indenização securitária em decorrência de lesão preteritamente afetada, ou seja, o Apelado não pode pleitear verba indenizatória de membro com deformidade permanente preexistente!

Assim, é de grande importância este Egrégio Tribunal atentar-se que a parte Apelada já realizou pleito administrativo indenizatório DPVAT em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente pretérito.

Não obstante a Apelada traz a colação jurisprudência pátria em caso análogo, como segue:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT. NEXO CAUSAL. NÃO COMPROVAÇÃO. LAUDOS DO IML E DO JUÍZO QUE APONTAM QUE A –LESÃO INCAPACITANTE É ANTERIOR AO ACIDENTE. RECURSO IMPROVIDO. Para que se configure o direito à verba indenizatória do Seguro DPVAT, faz-se necessário que o evento morte ou invalidez haja sido consequência do acidente automobilístico. Ao autor incumbe a comprovação (art. 333, I, CPC) do nexo de causalidade entre a invalidez apresentada e o acidente relatado. Embora não esteja o Juiz adstrito às conclusões do laudo pericial (art. 436 do CPC), deve este ser prestigiado quando inexistente nos autos elementos ou provas capazes de infirmar as assertivas nele lançadas. Concluindo a perícia que a invalidez apresentada é preexistente ao acidente e que restou ausente prova do seu agravamento, a improcedência do pedido se impõe. RECURSO IMPROVIDO.

(TJ-BA - APL: 00801731320118050001 BA 0080173-13.2011.8.05.0001, Relator: Maria do Socorro Barreto Santiago, Data de Julgamento: 18/02/2014, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 19/02/2014)

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênua, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Apelante opõe o presente Recurso, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado ao Apelado em relação ao sinistro noticiado nos autos, pois, se assim fizéssemos ESTAREMOS PAGANDO 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, A PARTE APELADA MAIS DO QUE A LEI PREVÊ PARA PAGAMENTO POR MORTE POR EXEMPLO, para corroborar com o alegado.

Desta forma, requer a Apelante que seja a referida SENTENÇA REFORMADA *IN TOTUM*, a fim de que sejam julgados Improcedentes os pedidos da Apelada.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 8 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**, inscrito na 5432 - **OAB/RN** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **NEY ALEXANDER DE FARIAS**, em curso perante a **24ª VARA CÍVEL** da comarca de **NATAL**, nos autos do Processo nº 08275198220218205001.

Rio de Janeiro, 8 de dezembro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RN 980-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

123

¹Art. 12º. O Seguro DPVAT garante cobertura por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não. § 7º fica dispensado o pagamento da indenização ao proprietário inadimplente.

²Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei. § 1º O consórcio de que trata este artigo poderá haver regressivamente do proprietário do veículo os valores que desembolsar, ficando o veículo, desde logo, como garantia da obrigação, ainda que vinculada a contrato de alienação fiduciária, reserva de domínio, leasing ou qualquer outro.

³Art. 368. Se duas pessoas forem ao mesmo tempo credor e devedor uma da outra, as duas obrigações extinguem-se, até onde se compensarem.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 06/01/2022 16:50:17
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22010616501781200000073581102>
Número do documento: 22010616501781200000073581102

Num. 77259238 - Pág. 7

Instruções de Impressão

Configure Todas as Margens para 7 mm. Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) - Corte na linha indicada

	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DEPARTAMENTO DE ORÇAMENTO E ARRECADAÇÃO		Guia de Recolhimento do FDJ Lei nº 9.619/2012 Nº 7000004266261
Processo Nº (Uso Exclusivo da Secretaria)	08275198220218205001	Valor do FDJ	204,95
Partes	AUTOR: NEY ALEXANDER DE FARIAS REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A		
Serviço	11003 APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO	1	204,95
Secretaria	(820) 24ª VARA CÍVEL/NATAL		
Valor da Causa/Documento	13.500,00		
Via do processo/documento - Anexar o Comprovante			

Corte na linha pontilhada

	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DEPARTAMENTO DE ORÇAMENTO E ARRECADAÇÃO		Guia de Recolhimento do FDJ Lei nº 9.619/2012 Nº 7000004266261
Processo Nº (Uso Exclusivo da Secretaria)	08275198220218205001	Valor do FDJ	204,95
Partes	AUTOR: NEY ALEXANDER DE FARIAS REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A		
Serviço	11003 APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO	1	204,95
Secretaria	(820) 24ª VARA CÍVEL/NATAL		
Valor da Causa/Documento	13.500,00		
Via da parte			

Corte na linha pontilhada

	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE F.D.J. Fundo de Desenvolvimento da Justiça		
Local de pagamento PAGÁVEL NAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL, NOSSA AGÊNCIA E CORREIOS		Vencimento 13/01/2022	
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE F. D. J. Fundo de Desenvolvimento da Justiça		Convênio 760686	
Data do documento 14/12/2021	Número da Guia 7000004266261	Data processamento 14/12/2021	Número da Guia 7000004266261
Uso da Agência Receptora		Espécie R\$	(=) Valor documento 204,95
Instruções Pagamento em cheque, anotar no verso o "Número do convênio" e o "Número da Guia". Não efetuar depósito e transferência. Não receber após o vencimento.		(-) Desconto / Abatimentos	
		(-) Outras deduções	
		(+) Mora / Multa	
		(+) Outros acréscimos	
		(=) Valor cobrado	
Partes AUTOR: NEY ALEXANDER DE FARIAS REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A			
		Cód. baixa	

Autenticação mecânica - Guia Não Compensável

86700000002-8 04950854645-1 92022011370-7 00004266261-9



Corte na linha pontilhada



Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO 16/12/2021	AGÊNCIA (PREF / DV) 0	Nº DA CONTA JUDICIAL 0
DATA DA GUIA 16/12/2021	Nº DO PROCESSO 08275198220218205001	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL	
UF/COMARCA RN	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 204,95
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 092486080000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE NEY ALEXANDER DE FARIAS	TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 03760662455	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA A93C05C4634013CC			
CÓDIGO DE BARRAS 86700000002 8 04950854645 1 92022011370 7 00004266261 9			



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEY ALEXANDER DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04845

CONTA: 000000015829-9

Nr. da Autenticação 9EDF390DD9970328



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**

Nº Sinistro: **3170619665**

Vitima: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**

Data do Acidente: **03/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170619665**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12023729

Pag. 00495/00496 - carta_01 - INVALIDEZ



00020248



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**
Nº Sinistro: **3170619665**
Vitima: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**
Data do Acidente: **03/07/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170619665**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00671/00672 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12027048



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**

Sinistro: **3170619665**
Vítima: **NEY ALEXANDER DE FARIAS**
Data do Acidente: **03/07/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170619665** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00713/00714 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12124150





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **NEY ALEXANDRE DE FARIAS** CPF titular da conta: **037-606-624-55** Profissão: **PROFESSOR**
Endereço: **RUA GABRIELINA SIMONE LEA ROQUEIRA CHAGAS** Número: **96** Complemento: **Q D-5 LT-13-CASA**
Bairro: **NOVO HORTO** Cidade: **MONTES ALEGRES** Estado: **RN** CEP: **59182-000**
Email: **KUOMA - GUILHERME @hotmail.com** Telefone (DDD): **84 3222 0721**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA: Nº: D.V.:
(Informar dígito se existir)

BANCO: Nome: Nº:
AGÊNCIA: Nº: D.V.:
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PARNAMIRIM-RN, 22 de Outubro de 2017

Local e Data

NEY ALEXANDRE DE FARIAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2017

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Polígrafos, 2335 - Loja 4 - Natal - RN



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSSEY



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de DPVAT o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 1 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ 2017
GENTE SEGURADORA S/A
R. Loja 4 - Natal - RN

Número do Sinistro ou ASL: 037 606 624 55 CPF da vítima: 037 606 624 55 Nome completo da vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: NEY ALEXANDER DE FARIAS CPF titular da conta: 037 606 624 55 Profissão: AUTOBOMBO
Endereço: AV. GONFEREIRA SYMONE LEA N. CHAGAS Número: 06 Complemento: 603 5 LT
Bairro: NOVO MONTE Cidade: MONTE ALEGRE Estado: RN CEP: 59 122-000
E-mail: fernanda.desmonte@hotmail.com Telefone (DDD): 84 98778-3348

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECEBENDO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (0011) ☐ ITAÍ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRº <u>4845</u>	CONTA NRº <u>15829</u>	CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRº: _____	
AGÊNCIA NRº _____	CONTA NRº _____	AGÊNCIA NRº _____	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PARANÁ, 04 de Dezembro de 2017

Local e Data

NEY ALEXANDER DE FARIAS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001 V001/2017



CONTA ALEXANDRE (NARA)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

27/11/2017 HORA: 08:11:47
DATA EFETIVACAO: 27/11
CONVENIO: 000599190
OPERADOR: Nara

AGENCIA: 4845
CONTA: 013.00015529-9
NOME: NEY ALEXANDRE DE FARIAS

VALOR: 5,00

COD OPERACAO: 308319428

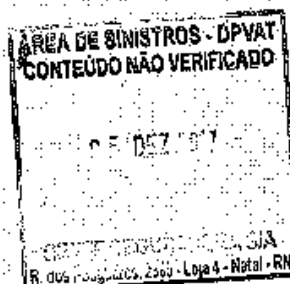
DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0600 725.7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Ney Alexander de Farias
Endereço do(a) Examinado(a): Av Enfermeira Symone Lea Nogueira Chagas, 96 Qd 05 Lt 11
Novo Monte Monte Alegre RN CEP: 59182-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001572483
Data local do exame: [22/12/2017] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR À DIREITA.
DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA COMPLETAMENTE E PARA MASTIGAÇÃO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDIBULA À DIREITA.
Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 1 ANO.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDIBULA.
Complicações: NÃO APRESENTOU.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAL.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| () "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ural de Oliveira
CPF - 662.855.349-34
CRM/RN - 4315





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Fis. _____

POLÍCIA CIVIL

1ª DRP – São Paulo do Potengi/RN

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL – MONTE ALEGRE/RN

Av. Alfredo Xavier, s/nº - Centro - CEP: 59.182-000 - fone: 3276-2884



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1387/2016 – DPMA

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO

Local: Bairro da Esperança RN 316 – Monte Alegre/RN

Data e Hora do Fato: 03/07/2016, por volta das 15:30 horas

Comunicante/Vítima: Ney Alexander de Farias **Sexo:** M **Est. Civil:** Solteiro

Filiação: Francisco Assis de Farias e Maria da Penha da Silva

Natural de: Natal/RN **Nascido em:** 29/06/1977 **Idade:** 39 Anos

CPF: 1.572.483 SSP/RN

CPF: *****

Endereço: Rua Enfermeira Simone Leia nº96 – Novo Monte – Monte Alegre/RN

Profissão: Gari

Telefone: 84-99839-8416

Local do fato: A esclarecer

Prejuízo: Prejudicado

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

A Vítima compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima mencionado, estava indo para casa em sua bicicleta e na altura da RN 316, próximo ao posto de saúde Novo Monte, uma motocicleta o atingiu; QUE quando a motocicleta o atingiu, a Vítima ficou desacordada; QUE não sabe quem o socorreu, mas lembra de ter acordado com várias pessoas o segurando, sabendo identificar quem são tais pessoas; QUE ao chegar em casa, foi ao médico e lá passaram alguma medicação, QUE devido a dor e nada resolver nos médicos da cidade, foi ao Hospital Deoclécio Marques, resolveu ir ao Hospital Walfredo Gurgel em Natal, conforme Boletim de Atendimento de Urgência nº BAA 195988 apresentado nesta Delegacia; QUE diante da gravidade, resolveu registrar Boletim de Ocorrência e solicitar Seguro DPVAT. Nada acrescentando.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

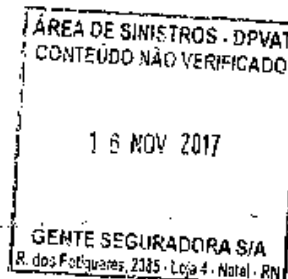
Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência e orientado a procurar os órgãos competentes.

Monte Alegre/RN,

11 de agosto de 2016, às 10h21min.

Ney Alexander de Farias
Comunicante

MAYKSON CARDOSO DE ANDRADE
Agente de Polícia Civil – Mat. Nº 194.23



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, NEY ALEXANDER DE FARIAS, portador da carteira de identidade nº 1.572.483 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.606.624-55, residente e domiciliado na AV. ENFERMEIRA SYMONNE LEA NOGUEIRA CHAGAS, 96, Cidade Monte Alegre, Estado R. N, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

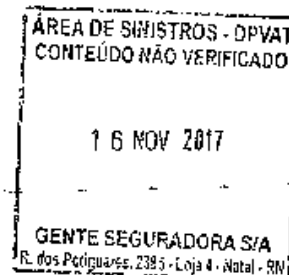
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

NEY ALEXANDER DE FARIAS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Petropolis - RJ 27 de outubro de 2017

Local e data





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	NEY ALEXANDER DE FARIAS		
DATA DE ENTRADA	03/08/2016	HORA	16:40
IDADE	39	SEXO	M
CARTÃO SUS	700002471255800	ETNIA	Pardo
CPF	-	RG	1572483 - ITEP
NOME DA MÃE	MARIA DA PENHA DA SILVA		
NOME DO PAI	FRANCISCO ASSIS DE FARIAS		
NASCIMENTO	29/06/1977	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	(84) 9839-8416	PROFISSÃO	Gari
RUA/AV.	SIMONE LEIA	Nº	96
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	Centro
CEP	59182-000	CIDADE	Monte Alegre-RN
ORIGEM	Ambulância - SAMU	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - bicicleta
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Lucia

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito com moto

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *22/22*
B *22/22*
C *22/22*
D *22/22*
E *22/22*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Patiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

CONFERE CO
NATAL-RN, 04.08.2016
SESAP. MAT. Nº 1518260

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL *fratura de costela* **CID**

03/08/16
Luciana



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 NOV 2017
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	GENTE SEGURADORA S/A
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	OUTROS
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFIRMAÇÃO COM CARIMBO
 NATALENI DYLLA ROCHA
 ENFERMEIRA

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

Medico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐





40016-
Companhia de Seguros

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MEY ALEXANDER DE FARIAS

RG nº 1.512.483, data de expedição 31/08/94, Órgão ITEP-RN,

CPF nº 037.606.624-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

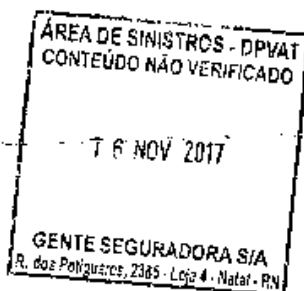
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ENFERMEIRA SIMONE LEA NOGUEIRA C.</u>
Número	<u>96, QD.S, LT-11</u>
Apto / Complemento	<u>CASA - LOTEAMENTO</u>
Bairro	<u>NOVO MONTE</u>
Cidade	<u>MONTE ALEGRE</u>
Estado	<u>R-N</u>
CEP	<u>59182-000</u>
Telefone de Contato	<u>98859-5843-3272-0721</u>
E-mail	<u>KIOMIA_GUILHERME@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 27 DE OUTUBRO DE 2017 - PERNAMBUCO / RN

Assinatura do Declarante:

MEY ALEXANDER DE FARIAS



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO BENEFICIÁRIO





Santander

FINANCIAMENTOS

CARNÊ DE PAGAMENTO



CIC SANTO ANDRÉ SPH (HTL) CID / CID PARNAMIRIM RN 551

704/01

20023670720

KIOMA E S GUILHERME

AV TEN CORDEIRO 431

BOA ESPERANÇA

59140-610 PARNAMIRIM - RN



7406286526323690000000070430200016

Saiba mais sobre seu financiamento.

Serviços para facilitar sua vida a dia.

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA DO PROCUERADOR

ASSINADO EM
CARTÃO DE PAGAMENTO

01/01/2017

ASSINADO EM
CARTÃO DE PAGAMENTO





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu KIOMA GIK DOS S. GUILHERME inscrito (a) no CPF 062.617.564 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NEY ALEXANDRE DE FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.606.624 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima NEY ALEXANDRE DE FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.606.624 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1. Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

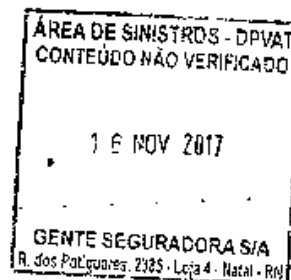
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. TANGENS CARDOSO</u>		Número <u>433</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>BOA ESPERANÇA</u>	Cidade <u>PARANAGUA</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59440-650</u>
Email <u>KIOMA - GUILHERME @ KOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>84 3272 0221</u>	Telefone celular(DDD) <u>84 99476 6218</u>

PARANAGUA - RN 27 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

KIOMA GIK DOS S. GUILHERME
Assinatura do Declarante



DLDR.LD01 V001/2017





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE	NEY ALEXANDER DE FARIAS		
DATA DE ENTRADA	03/08/2016	HORA	16:40
IDADE	39	SEXO	M
CARTÃO SUS	700002471255800	ETNIA	Pardo
		ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CPF	- RG 1572483 - ITEP		
NOME DA MÃE	MARIA DA PENHA DA SILVA		
NOME DO PAI	FRANCISCO ASSIS DE FARIAS		
NASCIMENTO	29/06/1977	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	(84) 9839-8416	PROFISSÃO	Gari
RUA/AV.	SIMONE LEIA Nº 96	BAIRRO	Centro
COMPLEMENTO	-	CIDADE	Monte Alegre-RN
CEP	59182-000	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - bicicleta
ORIGEM	Ambulância - SAMU	USUÁRIO	Lucia
ACID. DE TRABALHO	Não		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito em Amoplamato

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	<i>22/22</i>	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
B		
C		
D		
E		

OUTRAS OBSERVAÇÕES

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Policiais. 2285 - Loja 4 - Natal - RN

CONFERE CC
NATAL/RN, 04-08-2016
SESAP. MAT. Nº 1548280

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL *fratura de tíbia e fêmur*

CID

03/08-16
Walfredo

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O uso da boléum de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidélgios e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMI

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL ÀS CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

ÁREA DE SINCRONISMO PRIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

18.04.2017

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Potigües, 225 - Jd. L. Natal - RN

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 3 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA ILICITAMENTE QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITALS 1 - PEÇA UM DESFIBRILADOR 3 - ABRAJA VIA AÉREA, 6 - AVALIE RESPIRAÇÃO VER: OUVIR, SENTIR, 5 - SE APNEIA, APALQUE 2 VENTRILOQUES DE RESCATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVULAS), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS, TORAX (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DECA, 8 - DECA DISPONÍVEL - ANEXAR O RITMO 9 - RITMO CHOCÁVEL - APLIQUE T CHOCQUE 360 (200 P/ OEA BRANCO), E REINICIE RCP, 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP 30:2, 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PAIR RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSINAR, OU CASO A VÍTIMA SE MELHORE, 13 - COLUQUE-A EM POSIÇÃO DE RECLINAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDLTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura dos olhos (E.O.)	
Quando se abrem espontaneamente	4
Quando se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se estiver em estado de sono)	3
Quando se abrem por estímulo doloroso	2
Quando não se abrem	1
Resposta verbal (R.V.)	
Quando responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, data, endereço, etc.	5
Quando responde de forma inadequada, mas com alguma orientação a conteúdo	4
Quando responde com palavras incoerentes	3
Quando responde com palavras sem sentido	2
Quando não responde	1
Resposta motora (R.M.)	
Quando responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, data, endereço, etc.	6
Quando responde com movimentos inadequados, mas com alguma orientação a conteúdo	5
Quando responde com movimentos inadequados	4
Quando responde com movimentos inadequados	3
Quando responde com movimentos inadequados	2
Quando não responde	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DESCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4
	9 - 129 = 3
	6 - 89 = 2
	4 - 59 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 = 0
	10 - 20 = 1
	21 - 30 = 2
	31 - 40 = 3
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 0
	91 - 99 = 1
	100 - 109 = 2
	110 - 129 = 3

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 04 grave (necessidade de intervenção imediata);
05 - 06 moderado;
07 - 08 leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:91-94

"A escala proposta aplica-se a doenças cerebrais e que colaboram com o nível superior e 3 pontos. Na Escala de Glasgow, adiciona-se ao nível que caracteriza a consciência do nível de consciência com os seguintes ajustes:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

** Escala de Trauma Revisada (RTS): Base teórica de referência para a priorização de lesões traumáticas. Referência: Adaptado de Champion H.L., Sacco W.L., Cogswell J.E. A revision of the Trauma score. J. Trauma 1991; 30: 424-1991.

MENTAÇÃO TEÓRICA



PEDIDO DE EXAME

Nome: Ney Alexandri de Faria Matrícula: _____
Idade: 39 Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____
Sexo: M SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME

Rx de mandíbula *Towone*
lateral oblique D e C de me

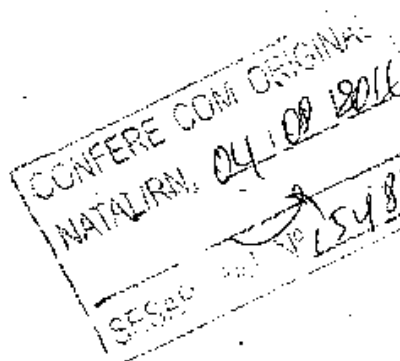
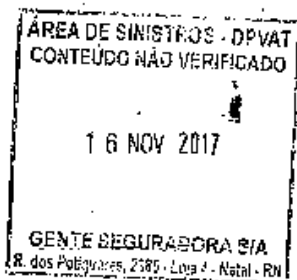
INDICAÇÃO CLÍNICA

Fratura de mandíbula D 9

Requistante: _____

Data: 21, 07, 2016

CRM: _____





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
NEY ALEXANDER DE FARIAS

Nº de inscrição
037606624-55

Data de inscrição
26/06/77

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.572.483

Nome NEY ALEXANDER DE FARIAS

Francisco Assis de Farias
Maria da Penha da Silva

Natal RN 29.06.1977

Cert. denasc. nº 20.326 lival 79 fls 400

5ª cart. de Natal RN

CPF

7.118 DE 29.08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TEJANIL DE VESTIMENTAS E POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



NEY ALEXANDER DE FARIAS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. das Pedras, 2325 - Loja 4 - Natal - RN



Processo



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15178484

CEO BRIGADOR
IDENTIFICAR CIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
15178484



CELESTINA DO PORTADOR

Fernanda G. S. G. G. G.



CONSERVAÇÕES

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURODORA S/A
R. dos Peligeros, 2385 - Loja 4 - Natal - RN



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CASA 1422 DE ADVOCADO

Nome

ALMA EIR DOS SANTOS COLARES

Filiação

JACCO PATISTA DE OLIVEIRA
MAG A FERREIRA DOS SANTOS

Naturalidade

NATAL-RN

RG

349874 - S. S. N. R.

OPÇÃO DE GÊNERO E SEXO

NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO

02/04/1983

CPF

062.617.564-06

VIA EXPEDIENTE

01 16.11.2018

14360

OPG-RN 14.340

RG: 2448874

CPF: 062.617.564-06



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170619665 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML COMPLEMENTAR

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170619665 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEY ALEXANDER DE FARIAS **Data do acidente:** 03/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA COMPLETAMENTE E PARA MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA CONDILAR DE MANDÍBULA À DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

OUTORGANTE:

Nome: NEY ALEXANDER DE FARIAS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: COMPANHEIRO
Identidade: J. 572. 483
CPF: 037. 606. 624-55
Profissão: AVOADO
Endereço: RUA ESPERANÇA SIMONE LEA NOGUEIRA CRACÓIS
CEP: _____
Telefone: (84) 99152-6868 (ZAP)

OUTORGADO:

Nome: KYOMA GIL DE S. CUNHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2448834 - OAB - RN 14.340
CPF: 062. 617. 564-06
Profissão: AVOADO
Endereço: RU TENENTE CORDEIRO Nº 431, B. ESPERANÇA, Paraimirim - RN
CEP: 59140-610
Telefone: _____

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

04/09/2017

Local e data

NEY ALEXANDER DE FARIAS

Assinatura do OUTORGANTE

[Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro]



20 SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Atestado: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 06/01/2022 16:50:18
Reconheço por autenticidade a firma de NEY ALEXANDER DE FARIAS

ALEXANDER DE FARIAS

Paraimirim/RN, 14/09/2017
Em testemunho da verdade. Emol. R\$ 2,34

ANA SUEIA NUNES - Substituto

*Válido somente com selo de autenticidade



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Policarpos, 2305 - Loja 4 - Natal - RN