



Número: **0800348-89.2023.8.20.5128**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Santo Antônio**

Última distribuição : **28/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                  |                                                               | Procurador/Terceiro vinculado                                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS (AUTOR)                       |                  |                                                               | ANDRESSA DE SOUSA MARIANO registrado(a) civilmente como ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO) |
| Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU) |                  |                                                               | LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)                                                     |
| EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)          |                  |                                                               |                                                                                              |
| Documentos                                                |                  |                                                               |                                                                                              |
| Id.                                                       | Data             | Documento                                                     | Tipo                                                                                         |
| 101570199                                                 | 09/06/2023 20:26 | <a href="#">Petição</a>                                       | Petição                                                                                      |
| 101570200                                                 | 09/06/2023 20:26 | <a href="#">2882509_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL Anexo 02</a> | Documento de Comprovação                                                                     |



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTO ANTONIO/RN**

**Processo: 08003488920238205128**

**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 **JOSINALDO DA SILVA MEDEIROS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SANTO ANTONIO, 6 de junho de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**  
**OAB/RN 11929**



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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:42  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264281800000095761101>  
Número do documento: 23060920264281800000095761101

Num. 101570199 - Pág. 2  
Pág. Total - 2

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:42  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264281800000095761101>  
Número do documento: 23060920264281800000095761101

Num. 101570199 - Pág. 3  
Pág. Total - 3

Joãozinho da Srta. Medeiros.

Joãozinho Medeiros

Paciente vítima de  
Acidente de moto no dia 02/11/19.  
c/ Traumatismo de Crânio, tendo sido  
submetido à tratamento cirúrgico.  
Atualmente, refere perda  
de memória, perda de audição,  
Perda de visão do olho esquerdo.

↩

0603 2020

Manoel L. Fonseca  
CRM 1642  
CPF: 108.529.214-20

**ORTOMED**

Av. Senador Salgado Filho, 66, Potilândia,  
Natal/RN - Fone: 84 3231.0005 / 3206.1002

Clínica  
**M&E**

Av. Prudente de Moraes, 4178, loja 5, Shop Mall,  
Lagoa Nova, Natal/RN - Fone: 84 2020.9451

**CLIZORT**  
A SUA CLÍNICA NA ZONA NORTE

Av. Dr. João Medeiros Filho, 500, Igapó  
Natal/RN - Fone: 84 3674.8113



| SEVERITY | LEVEL | Moderate | Intense | Flur |
|----------|-------|----------|---------|------|
| 1        | 2     | 3        | 4       | 5    |

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM  
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: João Manoel do Siqueira Junior Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Hérnia FTP EIndicação terapêutica: TTQ imagens de Hérnia Urgência ( ☒ ) Eletiva ( ☐ )**INTERVENÇÃO**

|                          |                                 |                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Data: <u>03/11/19</u>    | Início: <u>14:30</u>            | Término: <u>16:45</u> | Duração: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u> |
| Operador: <u>Dr. Sam</u> | CRM/CRO: <u>NATAL 25112/19</u>  |                       |                                      |
| 1º Auxiliar:             | CRM/CRO: <u>MAT. Nº 1310017</u> |                       |                                      |
| 2º Auxiliar:             | CRM/CRO: <u>SAME</u>            |                       |                                      |
| Instrumentador:          |                                 |                       |                                      |
| Anestesista:             | CRM/CRO:                        |                       |                                      |

**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

- 1 - Início da Hérnia FTP E
- 2 - Exame com identificação pela opor  
domento temporal esquerdo
- 3 - Realizado o exame de tomografia - 01 -  
mostrando a hérnia
- 4 - Realizado o exame de tomografia - 02 -  
mostrando a hérnia
- 5 - Realizado o exame de tomografia - 03 -  
mostrando a hérnia
- 6 - Realizado o exame de tomografia - 04 -  
mostrando a hérnia
- 7 - Anestesiamento local em ambos  
os lados
- 8 - Realizado o exame de tomografia - 05 -  
mostrando a hérnia
- 9 - Realizado o exame de tomografia - 06 -  
mostrando a hérnia
- 10 - Realizado o exame de tomografia - 07 -  
mostrando a hérnia
- 11 - Realizado o exame de tomografia - 08 -  
mostrando a hérnia
- 12 - Exame de tomografia - 09 -  
mostrando a hérnia

1º Anestesiamento de ambas as hérnias com o  
injetor

Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Jair de Araújo Alves  
Neurocirurgia/Neurologia  
CRM 2019

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102>

Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 3

Pág. Total - 6



## Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **150178 JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Prontuário:

CNS: 704509370933118

Nascimento: 23/03/1986

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pai:

Endereço: RUA PROJETADA, 1 - CONJ PROJETO CREESCE III - LAGOA DE PEDRAS

Fone: 988312676 /

Município: LAGOA DE PEDRAS

Código Municipal IBGE:

240630 UF: RN

CEP: 59244-000

Clinica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 31242 / 2019

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

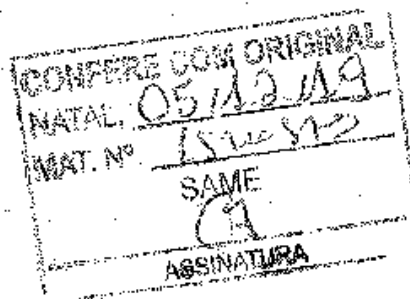
33 anos, relato de queda de moto ontem a noite.

Alcoolizado entrada g14 evoluiu para g15, sem deficits focais.

tc cranio fratura de cranio com HEDA FTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
as mesmas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:  
TC



Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL\*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:

GUILHERME LUCAS DE OLIVEIRA LIMA

CRM: 5674 / RN

Data da Solicitação 03/11/2019

### PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH:





## Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **150178 JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Prontuário:

CNS: 704509370933118

Nascimento: 23/03/1986

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pat:

Endereço: RUA PROJETADA, 1 - CONJ PROJETO CREESER III - LAGOA DE PEDRAS

Fone: 988312676 /

Município: LAGOA DE PEDRAS

Código Municipal IBGE:

240630 UF: RN

CEP: 59244-000

Clinica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 31242 / 2019

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

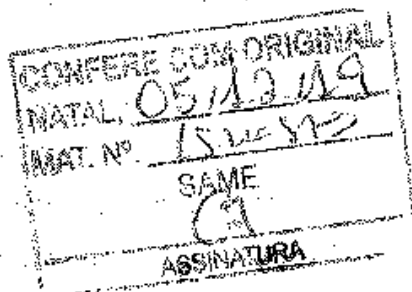
33 anos. relato de queda de moto ontem a noite.  
Alcoolizado entrada g14 evoluiu para g15, sem déficits focais.  
tc cranio fratura de crânio com HEDA FTE.

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

as mesmas

#### RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC



#### Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL\*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

#### Profissional Solicitante / Assistente:

GUILHERME LUCAS DE OLIVEIRA LIMA

CRM: 5674 / RN

Data da Solicitação 03/11/2019

### PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

( ) Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Nº Autorização da AIH:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

|                                                                     |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| A                                                                   |                                                              |
| B                                                                   |                                                              |
| C                                                                   |                                                              |
| D                                                                   |                                                              |
| E                                                                   |                                                              |
| A(ALÉRGICAS)                                                        |                                                              |
| 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                             |
| TC de crânio, cervical, torax e abdome                              | Hf + TS                                                      |
| CONDUTA PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS                          | OUTROS                                                       |
| CONDUTA PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS                          | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM                                      |
| 2sh30 Paciente não colabora<br>teve, não deixou realizar<br>exames. | 03/11/2019 - 07h22<br>Paciente realizou TC de torax e abdome |
| Continua apresentando dor<br>na região esquerda.                    | TC de torax e abdome                                         |
| Estável hemodinamicamente                                           | TC de abdome: artifa                                         |
| FC: 80. ECG: II.                                                    | do exame: ECG, algo so                                       |
| Aguarda avaliação da                                                | lento, ECG: II FC: 70                                        |
| NCR.                                                                | Abdome: Plano, flaco                                         |
| ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL                                 | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL                          |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE                                          |                                                              |
| Concluída Alta da C                                                 |                                                              |
| ESPECIALISTA 1 NCR                                                  | HORA: 2h DATA: 02/11/19                                      |
| ESPECIALISTA 2 BME                                                  | HORA: 2h DATA: 02/11/19                                      |
| ESPECIALISTA 3                                                      | HORA: DATA:                                                  |
| DESTINO DO PACIENTE                                                 |                                                              |
| INTERNAÇÃO NA CLÍNICA                                               | DATA / / HORA                                                |
| SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:         |                                                              |
| ÓBITO: DATA / / HORA                                                |                                                              |
| ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP              |                                                              |



# Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10464 /2019

Prontuário: 1190524

Paciente: 150178 - JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Idade: 33 anos 7 meses 11 dias

CPF:

Sexo: M

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 23/03/1986

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do pai:

Av: PROJETADA

Complemento:

Nº: 1

Bairro: CONJ PROJETO

CREESCE III

Telefone: 84 988312676

84 988312676

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Cidade: LAGOA DE PEDRAS

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 10

Responsável: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS -

Responsável: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Admissão: 03/11/2019 12:49:48

Alta:

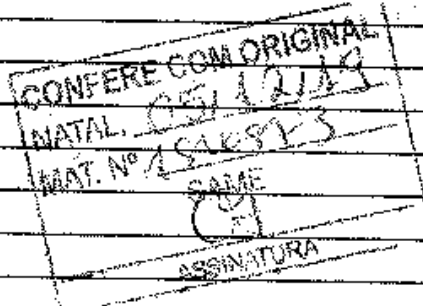
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL  
310276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

## RESUMO DE ALTA



L, 03 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102>

Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 7

Pág. Total - 10

**ADMISSÃO MÉDICA**  
**UTI**

**Identification**

Nome: JOSE NILCO DA SILVA Data: 02/11/2012

Leitor: FMS Idade: 33 Data de Nasc.: 1/1/1950 Registro: 150179

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ M ( ) F Data da Internação Hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sector/Unidade de Procedência: ☒ CC ( ) CRO ( ) PS Trauma ( ) PS Clínico

( ) Enfermaria Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Outra Unidade Qual? \_\_\_\_\_

Motivo da Internação na UTI: Não se aplica Outra Unidade Qual?                     

Reinternação? ( ) Não ( ) Sim 48h? ( ) Não ( ) Sim CHADWICK INTERVIEW  
ARACHE

APACHE:

## História Clínica

[illegible]

### Avaliação Sist. Neurológico

Avulsão Sist. Neu

| Resposta Verbal |                   |   | Resposta Motora            |   |                                        |   |
|-----------------|-------------------|---|----------------------------|---|----------------------------------------|---|
| Abertura Ocular | Espontânea        | 4 | Orientado e conversando    | 5 | Obedece comandos                       | 6 |
|                 | Ào comando verbal | 3 | Desorientado e conversando | 4 | Localização à dor                      | 5 |
|                 | À dor             | 2 | Palavras inapropriadas     | 3 | Flexão inespecífica (retirada)         | 4 |
|                 | Ausente           | 1 | Sons incomprensíveis       | 2 | Flexão hipertonica (desarticulação)    | 3 |
|                 |                   |   | Sem resposta               | 1 | Extensão hipertonica (descoabrebração) | 2 |
| Sem resposta    |                   |   |                            |   | Sem resposta                           | 1 |

ECG = \_\_\_\_\_ Não se aplica ( )

TCE Grupo 3 = 2 / 1

Sedado? ( ) Não (X) Sim SAS\*

CAM-ICU\*\* positivo( )

\* Sedation-Agitation Scale  
Assessment Method for the Intensive Care Unit

### Confusion

NIH admission (se aplicável): \_\_\_\_\_

Hunt Hess (se aplicável): \_\_\_\_\_

Fisher (se aplicável): \_\_\_\_\_

ECG                      Não se aplica ( )

TCE Grave: 3 a 8 ( ) / TCE Moderado: 9 a 12 ( ) / TCE Leve: 13 a 15 ( )

Pupias (descricao):

Descrição de déficit motor:

Obs.: \_\_\_\_\_

Rigidez de nuca: (    ) Não    (    ) Sim

### Avaliação Sist. Respiratório

☐ Ar Ambiente    ☐ Cat. Nasal O<sub>2</sub>    ☐ MV    ☐ MV

( ) TOT há \_\_\_\_\_ dias, nº \_\_\_\_\_ ( ) TOT há \_\_\_\_\_ dias, nº \_\_\_\_\_  $\text{SatO}_2$  \_\_\_\_\_ %  $\text{FIO}_2$  \_\_\_\_\_ %

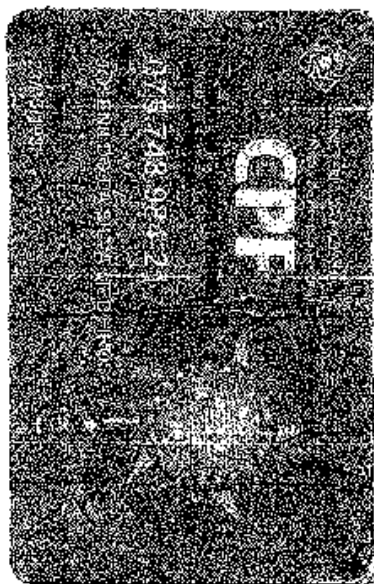
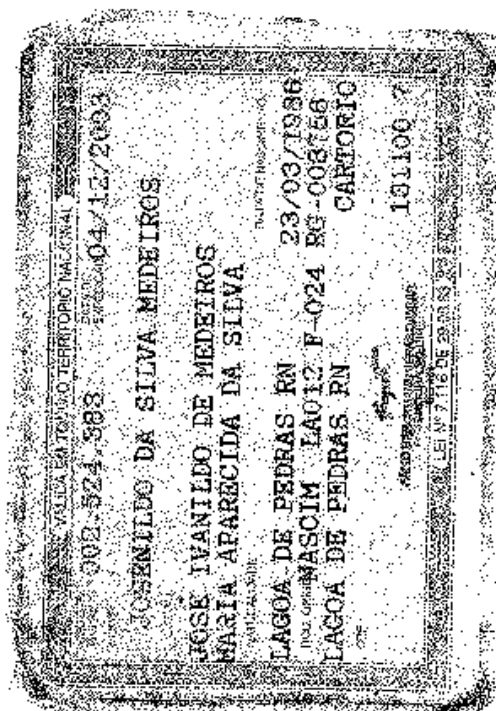
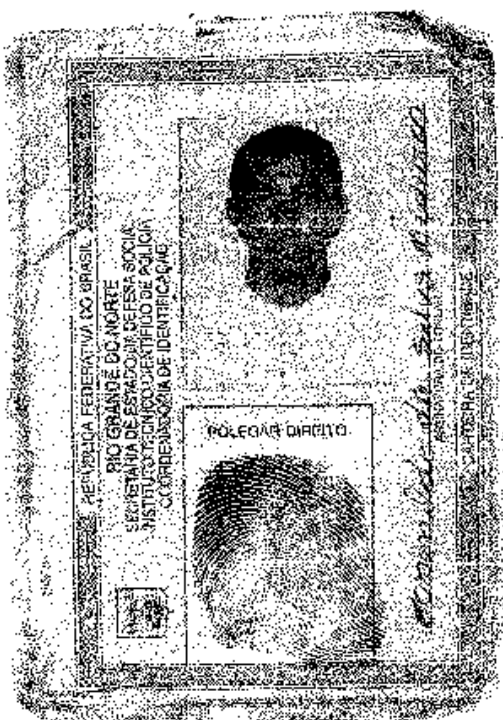
Descrição do Exame Pulmonar: \_\_\_\_\_ Freq. Respir.: \_\_\_\_\_ RPM

Observações:

|                                             |                                    |                                                  |                       |                                                                    |                       |
|---------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Gasometria</b><br>(antes ou admissional) | pH _____<br>PaO <sub>2</sub> _____ | PCO <sub>2</sub> _____<br>HCO <sub>3</sub> _____ | BE _____<br>P50 _____ | FIO <sub>2</sub> _____<br>PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> _____ | Dist. Ac./base: _____ |
|---------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|

உள்ளேயே இருக்க வேண்டும்





VITIMAS



**TERMINAL DE IDENTIFICACAO**

**MAURO VIEIRA GOMES**

**3594396 TITULO RN**

**024.725.484-86 RN/13/3077**

**DATA CORTEJA**

**VERA LINDA GOMES DE OLIVEIRA**

**0957638907 10/12/2024 06/12/1999**

**NOVA CRUZ, RN**

**20/12/2019**

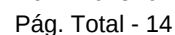
**16283929246 RN708630008**

**RIO GRANDE DO NORTE**

VALIDAR TODO  
O TERMINAL NACIONAL  
1929588019

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1929588019



[illegible]

## DECLARAÇÃO

Eu JOSEMILDO DA SILVA MEDEIROS portador  
do RG: 002.524.383 SSP/RN CPF: 075.748.984-21,  
reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica  
que não tenho mas nenhuma documentação Medica Hospitalar, só a que já consta no  
pleito do meu processo que são a  
entrada

HOSPITAL MONSENHOR WOLFFEDO GEORGEL

Que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao  
acidente de Transito no dia 02 / 11 / 19, por isso peço a análise da  
minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para  
ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só  
posso essas documentação medica, e que não tenho mas nenhum tipo de  
documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 10 DE Março DE 2020

JOSEMILDO DA SILVA MEDEIROS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursam com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Total                                                                      |                                              |                                                      | 10 %      | R\$ 1.350,00          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA.P3

**Sequelas permanentes:** PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.  
LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO  
OLHO ESQUERDO + LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO RESIDUAL

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                                                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano<br>cognitivo-comportamental alienante | 100 %                                           | Em grau residual - 10<br>%                                    | 10%       | R\$ 1.350,00             |
| Perda auditiva total bilateral (surdez<br>completa)                           | 50 %                                            | Em grau residual - 10<br>%                                    | 5%        | R\$ 675,00               |
| Perda da visão de um olho                                                     | 50 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 25%       | R\$ 3.375,00             |
| Total                                                                         |                                                 |                                                               | 40 %      | R\$ 5.400,00             |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursam com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Total                                                                      |                                              |                                                      | 10 %      | R\$ 1.350,00          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA.P3

**Sequelas permanentes:** PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Perda da visão de um olho                        | 50 %                                         | Em grau completo - 100 %                             | 50%       | R\$ 6.750,00          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 75 %      | R\$ 10.125,00         |



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Josenildo da Silva Medeiros, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Ajudante de depósito, Data do Acidente 02.11.19  
Cobertura invalidiz, portador(a) do RG 002.524.383, órgão expedidor  
SSP/RN e do CPF: 075.748.984-21 residente no(a)  
projeto crescer nº 08  
bairro: Centro, município: Lagoa de Pedra / RN.

### OUTORGADO:

Nome: Magno Viagas Gomes, brasileiro(a)  
estado civil: divorciado, Profissão: agente de saúde portador(a) do RG  
1.574.296, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 024.722.184-86 residente  
no(a) projeto crescer nº 08  
bairro: Centro, município: Lagoa de Pedra / RN.

#### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

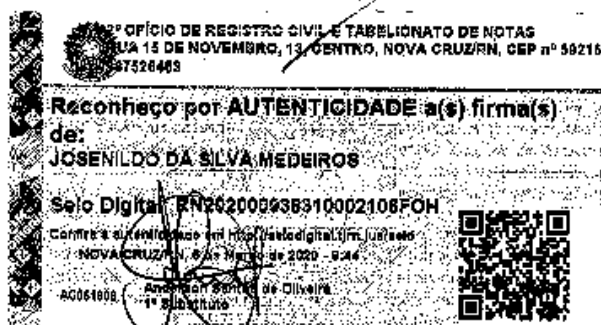
NOVA CRUZ / RN 10.03.2020

Local e Data



JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116001/20

**Vítima:** JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

**CPF:** 075.748.984-21

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/11/2019

**Titular do CPF:** JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MAGNO VIEGAS GOMES : 024.722.184-86

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

#### JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS : 075.748.984-21

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020  
Nome: MAGNO VIEGAS GOMES  
CPF: 024.722.184-86

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

MAGNO VIEGAS GOMES

THIARA VIRGINIA DA HORA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15711082





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200149028**

**Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

**Data do Acidente: 02/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01209/01210 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030605



Carta nº 15733888



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102>

Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 20

Pág. Total - 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200149028**

**Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

**Data do Acidente: 02/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 124,61   |
| Juros:           | R\$ 3,58     |
| Total creditado: | R\$ 5.528,19 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

**Recebedor: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

**Valor: R\$ 5.528,19**

**Banco: 237**

**Agência: 000005879-3**

**Conta: 000007863-8**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.





## 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: 075-748984-21 4 - Nome completo da vítima: Josenildo da Silva Medeiros

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

5 - Nome completo: Josenildo da Silva Medeiros 6 - CPF: 075-748984-21  
7 - Profissão: Acabante de depósito 8 - Endereço: Projeto Crescer 9 - Número: 08 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagoa de Riba 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59244-000  
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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 58193 CONTA: 78638 (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando o cliente, 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

Indicação  
de quem  
assinou o  
pedido de  
indenização  
não filiando

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Lagoa de Riba - RN - 30-03-20

Josenildo da Silva Medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102

Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 22

Pág. Total - 25



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ  
Endereço: Rua Felipe Pagedo Cortez, 168, Centro, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020131000011 1.2 Data de Expedição: 06/03/2020 11:16:28  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligeira CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/11/2019 18:00:00 2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: LAGOA DE PEDRAS  
2.6 Tipo do local: Urbano 2.8 CEP:  
2.8 Número: S/N 2.11 Ponto de Referência:  
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: LAGOA DE PEDRAS  
2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: JOSE IVANILDO DE MEDEIROS  
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 23/03/1986  
3.13 Profissão: AJUDANTE DE DEPÓSITO 3.14 RG: 002524383 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 08 3.18 Naturalidade: LAGOA DE PEDRAS RN  
3.19 Bairro: CENTRO 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: CONJUNTO CRESCER 03  
3.23 Cidade: LAGOA DE PEDRAS 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: 7.1.4 Renavam:  
7.1.5 Placa: MYR8983 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA CG 7.1.8 Modelo: 125 FAN  
7.1.9 Ano do Modelo: 2008 7.1.10 Ano de Fabricação: 2008  
7.1.11 Cor do veículo: CINZA 7.1.12 Tipo do veículo:  
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:  
7.1.15 Nome do proprietário: RAGNER GOMES DO AMARANTE 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS  
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE EM DIA, HORA E LOCAL, JÁ DESCRITOS NA OCORRÊNCIA, CONDUZIA A MOTO CITADA ACIMA, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, TENTOU ULTRAPASSAR A VÍTIMA, ATINGINDO A MOTO EM QUE ELA SE ENCONTRAVA; QUE A VÍTIMA CAIU E, SOLO DESACORDADA, SENDO QUE FICOU DEZ DIAS NO HOSPITAL WILFREDO GURGEL EM COMA, SO RECOBRANDO A CONSCIÊNCIA DEZ DIAS DEPOIS DE INTERNAMENTO, CONFORME RELATADO EM LAUDO MÉDICO ANEXO; QUE ACREDITA QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA, MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

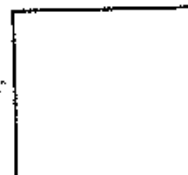
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 06/03/2020 11:16:28

Gerson Alves Ribeiro  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168.099-4

JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro

Impresso por: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro em 06/03/2020 11:16:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2020131000011 - Código de autenticação: 097527681758c45654c3066a23203

Página 11



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43  
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102  
Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 23  
Pág. Total - 26

# 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: 075-748984-21 4 - Nome completo da vítima: Josenildo da Silva Medeiros

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

5 - Nome completo: Josenildo da Silva Medeiros 6 - CPF: 075-748984-21  
7 - Profissão: Aparente de depósito 8 - Endereço: Projeto Crescer 9 - Número: 08 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagoa de Riba 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59244-000  
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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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)  
☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas):  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 5819 3 CONTA: 7863 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando o cliente, 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 - Imagem de quem assina o pedido (a rogo):  
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

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

40 - Local e Data, Lagoa de Riba, 30-03-20  
Josenildo da Silva Medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 18/05/2020   |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   | 320014902801 |
| VALOR TOTAL:           | 5.528,19     |

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

BANCO: 237  
AGÊNCIA: 05879  
CONTA: 000000007863

---

Número da Autenticação





**COSERN**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Manoel Tavares, 150 - Bldo. N.º 1 - RN, CEP 59055-250  
CPF 08.334.136/0001-91 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SALES

CPF: 084.238.314-18 NIS: 13538589453

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDAS COM NIS

**ENDEREÇO DO CLIENTE**

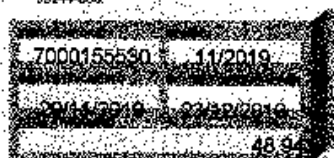
RUA PROJETO CRESCER 08

CENTRO (ÁREA URBANA)  
LAGOA DE PEDRA RN  
59244-000

**CONTABILIZAÇÃO**

03/01/2019 UNICA 22/11/2019

22/11/2019 30/0045180 20/2118



Consumo Médio de 30 kWh  
Consumo Adm superior a 30 até 100 kWh  
Aplicação Bandeira AMARELA  
Aplicação Bandeira VERMELHA

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 50,0000000 | 0,22179573  | 0,05        |
| 53,0000000 | 0,28621125  | 25,85       |
|            |             | 0,25        |
|            |             | 1,87        |



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102>

Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 26

Pág. Total - 29



**COSERN**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Marinho, 150, Bldg. N.º 1 - RN, CEP 59055-250  
CPF 08.334.136/0001-91 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SALES

CPF: 084.238.314-18 NIS: 13538589453

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDAS COM NIS

**ENDEREÇO DO CLIENTE**

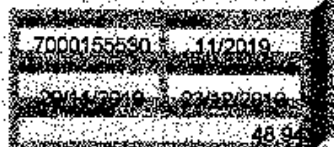
RUA PROJETO CRESCER 06

CENTRO (ÁREA URBANA)  
LAGOA DE PEDRA RN  
59244-000

**DATA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO**

03/01/2020 UNICA 22/11/2019

22/11/2019 30/09/2020 20/11/18



Consumo Médio de 30 kWh  
Consumo Médio superior a 30 até 100 kWh  
Aplicação Bandeira AMARELA  
Aplicação Bandeira VERMELHA

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 50,0000000 | 0,22179573  | 0,05        |
| 53,0000000 | 0,28621125  | 25,85       |
|            |             | 0,25        |
|            |             | 1,87        |



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102>

Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 27

Pág. Total - 30



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A Circular SUSEP 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 CGAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECAER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Magno Viegas Gomes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.722.184 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josénilto da Silva Medeiros inscrito (a) no CPF sob o nº 075.748.984 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Josénilto da Silva Medeiros

inscrito (a) no CPF sob o nº 075.748.984 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declara Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da Lei e para fins de prova de residência junto à 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>Projeto Eusebio</u> | Número: <u>08</u>              | Complemento:      |
| Bairro: <u>Centro</u>            | Cidade: <u>Lagoa de Pedras</u> | Estado: <u>RN</u> |
| E-mail:                          | CEP: <u>59244-000</u>          | Tel. (DDD):       |

Local e Data: Nova Cruz RN 10.03.2020

Magno Viegas Gomes  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/06/2023 20:26:43  
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060920264295600000095761102>  
Número do documento: 23060920264295600000095761102

Num. 101570200 - Pág. 28  
Pág. Total - 31