



Número: **0820703-65.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **01/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34391056	01/11/2018 12:59	JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA	Outros documentos
34391070	01/11/2018 12:59	JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA (2)	Outros documentos
34391442	01/11/2018 18:17	Despacho	Despacho

VÍTIMA JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 70366198483**Posição em 05-10-2018 10:57:08**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/09/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS
COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante João Victor Elai Vieira de Souza brasileiro(a) solteiro, Atendente, portador do CPF: 703.664.984-83 residente na Rua: Jose Ferreira de Melo 42, Bairro: Aeroporto, COMARCA Mossoró

os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Mossoró -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 16/10/2018.

Contratante: João Victor Elai Vieira de Souza

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
OAB/7469

Testemunhas: _____

CPF nº _____

Testemunhas: _____

CPF nº _____

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: José Victor Elói Vieira de Souza brasileiro(a) -
Solteiro, Atendente, portador do RG nº 4.107.111, e do
CPF nº 403.661.984-83, residente na RUA: José Ferreira de Lencastre
BAIRRO: Aeroporto COMARCA Mossoró - Rio
Grande do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA
MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; DARTWNZ
WAMBERTO BARBOSA SALES (OAB9822/RN) podendo serem intimados na Rua
Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e
gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia",
para ajuizar ação de cobrança na Comarca Mossoró -RN,
podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo,
receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica,
oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL,
decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e
ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta
com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará judicial,
acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado
ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou,
qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o direito
do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao
bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 16/10/2018.

Outorgante: José Victor Elói Vieira de Souza
• Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de
13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

João Victor Elai Vieira de Souza, brasileiro(a), solteiro, Alimentar
portador do RG nº 4.404.111, e do CPF 703.661.984.83 residente na
Rua Ferreira de Melo na Cidade de Mossoró - Rio Grande do
Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma
da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as
despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na
Comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte. Afirma ainda
ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a
verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em 16 / 10 / 2018.

Declarante: João Victor Elai Vieira de Souza

DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, João Victor Elói Vieira de Souza, brasileiro, Solteiro,
Atendente, com CPF nº 203.661.934-83, residente na
Rua José Ferreira de Sá nº 12, BAIRRO: Aeroporto
Moossoro -RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Moossoro-RN, em 16/Outubro/2018

Declarante: João Victor Elói Vieira de Souza

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante;

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: João Victor Elia Vieira de Souza

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

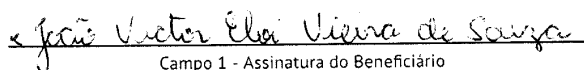
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

**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 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 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		CPF titular da conta	Profissão
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email			Telefone (DDD)

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)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGÊNCIA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)	

CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

João Victor Elói Viana de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE POBREZA

_____, brasileiro(a), _____,
portador do RG nº _____, e do CPF _____, residente na
_____, na Cidade de _____ - Rio Grande do
Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma
da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as
despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na
Comarca de _____ - Rio Grande do Norte. Afirma ainda
ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a
verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em ____/____/2018.

Declarante: João Victor Elói Vieira de Souza

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS
COM CLAUSULA "AD EXITUM"

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante _____, brasileiro(a) _____, portador do CPF: _____, residente na Rua: _____, Bairro: _____, COMARCA _____,

os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de _____-RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em ____/____/2018.

Contratante: João Victor Elói Vieira da Souza

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
OAB/7469

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

Outorgante: _____, brasileiro(a) -
_____, portador do RG nº _____, e do
CPF nº _____, residente na RUA: _____,
BAIRRO: _____ COMARCA _____ - Rio
Grande do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA
MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; DARTWNZ
WAMBERTO BARBOSA SALES (OAB9822/RN) podendo serem intimados na Rua
Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e
gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia",
para ajuizar ação de cobrança na Comarca _____ -RN,
podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo,
receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica,
oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL,
decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e
ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta
com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará judicial,
acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado
ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou,
qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o direito
do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao
bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em ____/____/2018.

Outorgante: João Victor Eli Vieira de Souza.
• Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de
13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, _____, brasileiro, _____,
_____, com CPF nº _____, residente na
Rua _____ nº _____, BAIRRO: _____,

_____-RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoro-RN, em ____/____/____.

Declarante: José Victor Elói Vieira de Souza

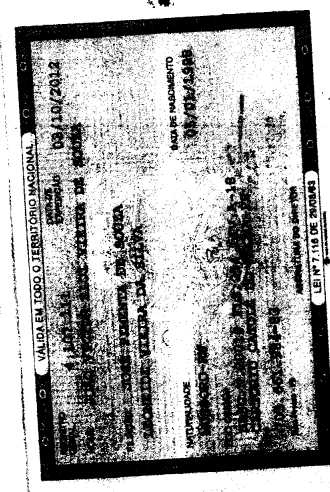
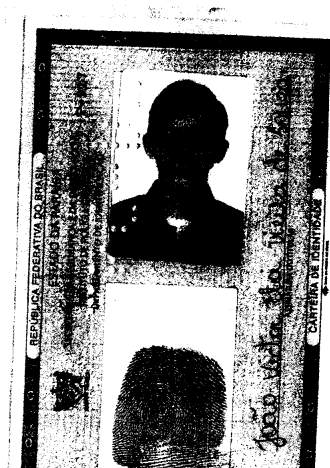
CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

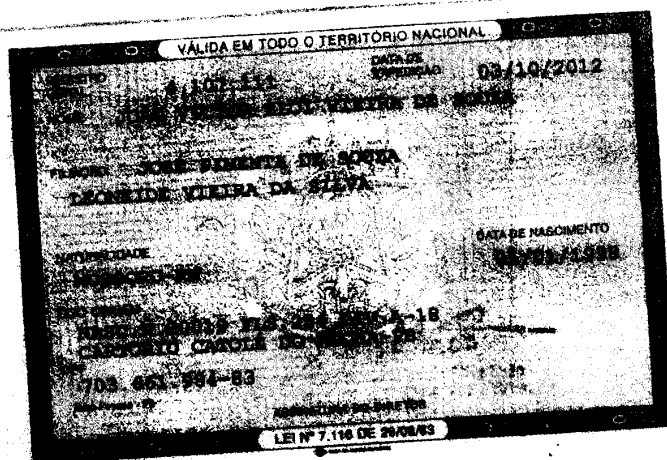
Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da
que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante;

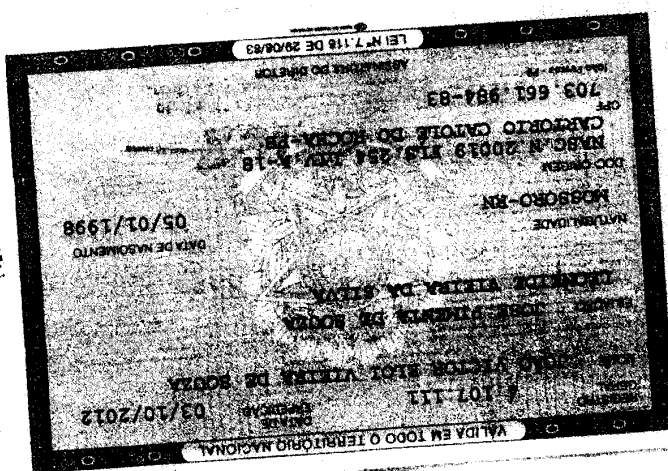
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de
réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de
registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11094 // 00353 Nº 013710288990
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01001600320 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOAO VICTOR ELIO VILHIA DA SOUZA

PLACA 703.661.964-83 PLACA QGE7913

PLACA ANT. / UR. QGE7913/RN CHASSI 93F9ATXBCN018101

ESPEC. TRC. / TRC. / TRC. COMBUSTÍVEL GÁSOLINA

SARASQUEIRO/CICLOMOTOR/VEIC. AUTOCARV. MARCA/MODELO NISSINEXI/BOFT

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 0000 YENC. COTA ÚNICA 15/03/2018 1º ISENTO

FAXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º ISENTO

22453 3X R\$ ***** 3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DE VAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 9XAMB021221

HOSSORO/RN DATA 15/03/2018

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013710288990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/03/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 703.661.964-83 PLACA QGE7913

RENAVAM 01001600320 MARCA/MODELO NISSINEXI/BOFT

ANO FAB. 2011 CAT. VEP 8 Nº CHASSI 93F9ATXBCN018101

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) DENAT (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.542.605/0001-04

Num. 34391070 - Pág. 13

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE DECLAROU QUE A VÍTIMA CONDUZIA A SUA MOTO QUANDO A ACUSADA COM A SUA MOTOCICLETA COLIDIU CONTRA A MOTO DA VÍTIMA NO CRUZAMENTO DA VIA; QUE A VÍTIMA SOFREU QUEDA DA MOTO NA VIA; QUE A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HRTM; QUE DECLAROU O BO PARA FINS DE DPVAT; QUE NÃO HOUE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL OU INVESTIGAÇÃO NESTA DP; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO


O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 23/05/2018 15:28:26



Policial



Interessado


Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 23/05/2018 15:28:43

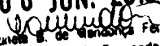
FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 Centro
Mossoró-RN Fone: (84)3317-4276

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que a presente cópia
é reprodução fiel do original que me
foi apresentado dou fé.

06 JUN. 2018


☐ Luzinete S. de Mendonça Fernandes TABELIA
☐ Roberto Alves C. Fernandes SUBSTITUTO
☐ Francisco José Maximiano SUBSTITUTO
☐ Luana Kariny Mendonça Fernandes SUBSTITUTO
☒ Pedro Ramon Mendonça Fernandes SUBSTITUTO

Protocolo: J2018065000428 - Código de autenticação: 26b90ce9d249cf730fd9106c1571d4



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: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018065000428

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 23/05/2018 15.28.26

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/05/2018 13.20.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA RUI BARBOSA COM NÍSIA FLORESTA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DO LAR

3.15 Telefone(s): 84 998899251

3.17 Número: 12

3.19 Bairro: AEROPORTO II

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai:

3.6 Mãe: JOSEFA VIEIRA DE MELO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 17/09/1967

3.14 RG: 1182294 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: CATOLÉ DO ROCHA/PB

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: JOÃO VITOR ELOI VIEIRA DE SOUSA

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF:

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO

4.1.17 Número: 12

4.1.19 Bairro: AEROPORTO II

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil: Solteir(a)

4.1.4 Pai: JOSÉ PIMENTA DE SOUSA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia: Branca

4.1.10 Data de Nascimento: 05/01/1998

4.1.12 RG: 4107111

4.1.14 Profissão:

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Cidade: MOSSORÓ

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: LUCILENE

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características: RELATOU: MOTOCICLISTA DE NOME LUCILENE.

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcinha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: nob8355

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: SANDOVAL MIGUEL DE GOIS

7.1.17 Nome do condutor: A ACUSADA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.2.1 Segurado: Não

7.2.3 Chassi:

7.2.5 Placa: qgf7913

7.2.7 Marca: KASINSKI

7.2.9 Ano do Modelo: 2012

7.2.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.2.13 Nota Fiscal:

7.2.15 Nome do proprietário: JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA

7.2.17 Nome do condutor: A VÍTIMA

7.2.18 Observações:

7.2.2 Seguradora:

7.2.4 Renavam:

7.2.6 Estado:

7.2.8 Modelo: SOFT

7.2.10 Ano de Fabricação: 2011

7.2.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.2.14 Número do Motor:

7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 Centro
Mossoró-RN Fone: (84) 3317-4278

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que a presente cópia
é reprodução fiel do original que me
foi apresentado dou fé.

06 JUN 2018

Luizete B. de Mendonça Fernandes TABELIA
Roberto Alves C. Fernandes SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano SUBSTITUTO
Luana Kariny Mendonça Fernandes SUBSTITUTO
Pedro Ramon Mendonça Fernandes SUBSTITUTO

<div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: right;"> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde </div>		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR																					
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>HRTM</u>		2 - CNES: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>HRTM</u>		4 - CNES: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>João Vieira Elói Vieira de Souza</u>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>710101210124141219151591212</u>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>05/03/1981</u>																					
9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM		10 - RAÇA/COR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
11 - NOME DA MÃE: <u>LEONOR DE VIEIRA DA SILVA</u>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: <u>João Figueira de Melo</u>		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>João Figueira de Melo, 12</u>		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Mossoró</u>																					
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <u>RN</u>		18 - UF: <u>RN</u>																					
19 - CEP: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO																							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Paciente vítima de colisão moto x moto há ± 24 horas. Evolui com dor abdominal insuportável. Ao exame Abdomen algo rígido, principalmente em flanco E. Inclui a palpáveis. Blooming 0. RHA 0. TC do abdome e/conduta: hemoperitônio importante + lesão esplênica.</u>																							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>As condições acima</u>																							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Amniotese + exame de urina + TC do abdome com conduta</u>																							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Trauma esplênico</u>		24 - CID 10 PRINCIPAL: <u>S36.0</u>																					
		25 - CID 10 SECUNDÁRIO: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
PROCEDIMENTO SOLICITADO																							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Exploração</u>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>01910171013101123</u>																					
29 - CLÍNICA: <u>Unidade</u>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>urgência</u>	31 - DOCUMENTO: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>João Figueira de Melo</u>											
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>10/05/18</u>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>[Assinatura]</u>																					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)																							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO																					
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
40 - Nº DO BILHETE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												41 - SÉRIE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
42 - CNPJ EMPRESA: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												43 - CNAE DA EMPRESA: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
44 - CBOR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>1/1</u>											
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>[Assinatura]</u>																							

10/05/18 CU Ca 114

Dr. Guilherme Almeida
CRM RN 6877

CD: Vista per incasso speso stabilibile mediante a quadro de despesa de
 onerato e futuro de tra reddito quali quali al reddito de
 speso a fare, Anticipo a fare FAST Fato +
 Per riduzione degli altri, reddito TC de altro con contratto
 Salato Hong, VR, CR, A. de, Hong e Vini
 De Xa a de Xa + de Xa

HB: 7 GH

Rocky roads US6 Fast (Impassable): go around via paper bridge across bridge
in upper bridge - road 15 km + 7 km to drive
Point 111

AP. MV + 8 nitroso, 2 RA
Albun do opaco apado e poligotas mufado, 20, 22 muros de
nitroso natural. RHA +

ETG 15.07FR

FC 92 PA 120-80 FR 17

~~EF: BEG, Hg~~, ~~roads & bridge~~

Now change to contact.

[illegible]

8/1/80/CA DO-74 to [unclear] 1-1



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11830 /2018

Admissão: 09/05/2018 22:04:53

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 10841 - JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA (20 a 4 m 4 d)

Nascimento: 05/01/1998 Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70366198483

Prof:

Mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

Pai: JOSE PIMENTA DE SOUZA

Logradouro: JOSE FERREIRA DE MELO, 12

CEP: 59607056

Bairro: AEROPORTO II

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 998899251 84 998899251

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:					Classificação: 09/05/2018 22:01:32			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110 80								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 20a, acidente de moto no percurso do trabalho, com capacete, refere dor abdominal.

Hora: _____

*Após acidente de moto
— dor no abdome e
do lado esquerdo*

Virosidade de 90

Exame físico:

Ad. CIR. COAR.:

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<i>1- Dieta Jejum</i>			
<i>2- Banimento caputo 1 amp, EV, 6/6 horas</i>			
<i>3- TC Abdom. com contraste EV</i>			
<i>4- Observação</i>			
<i>Dr. Guilherme Almeida Cirurgião Vascular CRM RN 6877</i>			
<i>13:40</i>			
<i>Assint. 20m</i>			
<i>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SANEAMENTO SANEAMENTO</i>			

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão

Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 09 de Maio de 2018.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico


A COMUNICANTE DECLAROU QUE A VÍTIMA CONDUZIA A SUA MOTO QUANDO A ACUSADA COM A SUA MOTOCICLETA COLIDIU CONTRA A MOTO DA VÍTIMA NO CRUZAMENTO DA VIA; QUE A VÍTIMA SOFREU QUEDA DA MOTO NA VIA; QUE A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HRTM; QUE DECLAROU O BO PARA FINS DE DPVAT; QUE NÃO HOVE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL OU INVESTIGAÇÃO NESTA DP; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

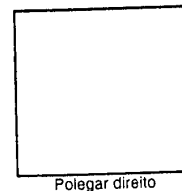
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 23/05/2018 15:28:26



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 23/05/2018 15:28:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018065000428 - Código de autenticação: 28b12Dce9d249c171308d9106c157fad

Página 2 2



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: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018065000428

1.2 Data de Expedição: 23/05/2018 15.28.26

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/05/2018 13.20.00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RUA RUBEN BARBOSA COM NÍSIA FLORESTA

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: CENTRO

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: JOSEFA VIEIRA DE MELO

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 17/09/1967

3.13 Profissão: DO LAR

3.14 RG: 1182294 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 998899251

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 12

3.18 Naturalidade: CATOLÉ DO ROCHA/PB

3.19 Bairro: AEROPORTO II

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: JOÃO VITOR ELOI VIEIRA DE SOUSA

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)

4.1.3 Nome Social:

4.1.4 Pai: JOSÉ PIMENTA DE SOUSA

4.1.5 Mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.8 Etnia: Branca

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.10 Data de Nascimento: 05/01/1998

4.1.11 CPF:

4.1.12 RG: 4107111

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.14 Profissão:

4.1.15 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO

4.1.16 Passaporte:

4.1.17 Número: 12

4.1.18 E-Mail:

4.1.19 Bairro: AEROPORTO II

4.1.20 CEP:

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.21 Cidade: MOSSORÓ

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: LUCILENE

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características: RELATOU: MOTOCICLISTA DE NOME LUCILENE.

5.1.18 Logradouro:

5.1.20 CEP:

5.1.19 Número:

5.1.22 Cidade:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

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: nob8355

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: SANDOVAL MIGUEL DE GOIS

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: A ACUSADA

7.1.18 Observações:

7.2.1 Segurado: Não

7.2.2 Seguradora:

7.2.3 Chassi:

7.2.4 Renavam:

7.2.5 Placa: qgf7913

7.2.6 Estado:

7.2.7 Marca: KASINSKI

7.2.8 Modelo: SOFT

7.2.9 Ano do Modelo: 2012

7.2.10 Ano de Fabricação: 2011

7.2.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.2.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.2.13 Nota Fiscal:

7.2.14 Número do Motor:

7.2.15 Nome do proprietário: JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA

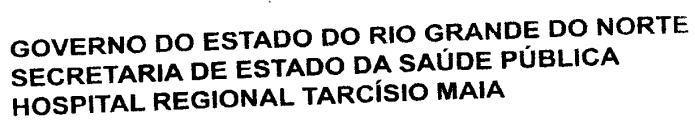
7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.2.17 Nome do condutor: A VÍTIMA

7.2.18 Observações:

Protocolo: J2018065000428 - Código de autenticação: 26b300ce9d249cf71308d9106c157f3d

Página 12




EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

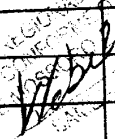
Nome: _____

[illegible]

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
10/05/18	(1) Dorla zero		4: 2: 3: 4: 5: 6:	
	(2) S. Paracetamol 0,5g 2. social IV 24 Hour.		18 06 C	
	(3) Cefotaxima 1g IV 8/8h.		18 04 10	
	(4) Difinina 500 + ASD IV 6/6h.			
	(5) Plavix 75mg + ASD IV 5x dia.			
	(6) Tramal 100mg + 100mg IV 12/12h.			
	(7) Omefrazol 40 + ASD IV 3x dia.		06 C	
	(8) Anest. Durore; sobre as Sinfonias.			
	(9) Crisofosf. de Dreno pulmonar; Mobilizar Drenagem.			
	(10) SSUV + cccc 6/6h.			


 Carlos R. M. de Almeida
 Cirurgião Geral
 CRM 2422


 Weber
 Enfermeiro
 CRM 2422

HOSPITAL REGIONAL TACIBO 1994
ESTA COMPROVAÇÃO ORIGINAL
FOLIO 272318
SANTO ARQUIVO

Dr. B. Medeiros
Cirurgião Geral
CRM 2422

[Handwritten signature]

10/05/18

[Handwritten signature]

Para S. de Houtfame, Presidente da
Comissão, em Curitiba, Par. S.
Relembro por favor.
Fam. de Buro.
Curaçao.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome João Victor Elói Vieira de Saia Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Lesão esplênica

Indicação terapêutica: Esplenectomia

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Eidey

1ª Auxiliar: Dr. Edson

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Vereador

Anestesista: Dr. Leandro

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EST. COVENENÇA, 300
SABE - 50000-000
SANTA ANA - RN

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Aspirin e Anticoagulante
Dr. de Saia, Dr. Eidey, Dr. Edson
Mediano, supra ventral, Aberto
por Saia
Aberto: Grande quantidade de
Sangue em cavidade abdominal, sendo a
trama esplênica. Realizada Esplenectomia
com a cavidade com Aspirin,
Dr. de Saia a cavidade e passou 3.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: Dr. Victor César Vieira IDADE: 30 Anos Nº REG: _____
SERVIÇO: de Saúde ENFª: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

10/05/18

Paciente vítima de Acidente
de Trânsito, com Ferimento
fechado, o qual apresenta
abcesso apical hemorrágico.

De centro cirúrgico para
Exame físico.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Médico Geral
CRM 107.107

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
10/05/18
SAMARCO

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1297 /2018

Prontuário: 201250

Paciente: 10841 - JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA

Cartão SUS: 700202442955922

CPF: 70366198483

Dt Nasc: 05/01/1998

Idade: 20 anos 4 meses 5 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

Nome do pai: JOSE PIMENTA DE SOUZA

Rua/Av: JOSE FERREIRA DE MELO

Complemento:

CEP: 59607056

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 998899251 84 998899251

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 215. 02

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA -

Usuário: ANTONIO HELIO DA SILVA

Nº: 12

Bairro: AEROPORTO II

Admissão: 10/05/2018 15:18:40	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: S36.0 - TRAUMATISMO DO BAÇO
407030123 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

21/05/18
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
CLINICA CIRURGICA - 215.02
MOSSORO - RN
SANCIONADO

MOSSORO, 10 de Maio de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Paulo Victor Eli Viana Leito: 14
de Roraima

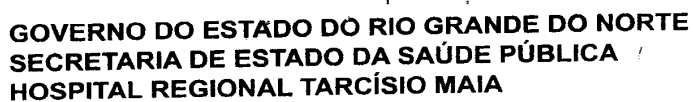
DATA	EVOLUÇÃO
14	U.D.P.D. ESPECIOLOGIA:
05	BOBBI CÍTOSTE E EXPECTORADO
22/8	CAUSO NA URINA. EDUI ESQUID
	BOBAL SEM, A FOMIL, SUPLENCO.
	ADHARAU - PULCO, KLEID, POCO
	DECOHON. URINA E MIDE DE HON
	SEU PROVOCA. DE KIMAS OMO

DECOHON.

PRESCRIÇÃO

DECOHON. 14/8

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
14	1. Dizer a seguir			
05	2. S. Glicose 81. 1.000 p			
22/8	3. S. Glicose 81. 1.000 p			
	DO. 28 600 p			
	3. CROXITINA - OLAM			
	OU 818 L2 (Glicose)			
	4. OALBOSTOC 407 20.01			
	5. DIALCOV - OZULTAO			
	DO. 2100000000			
	6. FICATIL 400 p. 80.			
	121129			
	7. FICATIL VITRIS.			
	8. NEMULATO.			
	a) 30-000 036000			
	b) 1200000. 40 0115			
	c) 1200000. 10 01			
	5. DIALCOV.			
10	10. DIALCOV 000000			
	OU 1200000.			
	11. DIALCOV 19 12/12 1400			



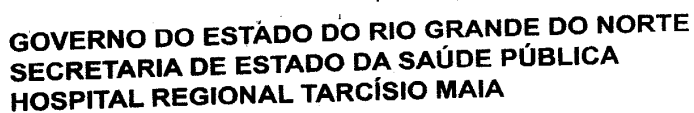
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito: 305-6

Fluor B. Medeiros
Cirurgião Geral
CRM 2.422

PRESCRIÇÃO

~~Dr. R. Medeiros~~
Cirurgião Geral
CRM 2.422



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Victor Bôci Viana Leito: 305-6

DATA	EVOLUÇÃO
12	22 DPO de Exame de Urina, Bacteriologia, Bacteriologia
05	Exames, Acetona, Glicose, pH, urina,
18	Plasma Filtrado, FO limpo; mobilizado Drano
	de parane.

PRESCRIÇÃO

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Dr. Victor Eliel Vieira - 20a Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
21/05/18	
FC: 105	1º DPO de esplenectomia devido trauma abdominal fechado
Sat O ₂ : 99%	do + Hemopneumotórax
	- Paciente evolui estável, oxibil, hidratado (1+). Tolerância
	alimentar, flatos +. Diurase Nh.
	- ACV: RCR, 2T, BNF, SS. AR: MV+, ventriculos em AHT. H2
	ABD: Flexuado, flácido, indolor na palpação. RHA+.
	FD: Limpo, sem sinais flogísticos. Ausc. de pulmões e coração

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
21/05/18	1) Dieta branda	VO		
	2) SF 0,9 - 2000ml p/ 24h	JV	2º 3º 4º	
	3) Cefazolina 1g - 01 AMP + ABD	JV	14h 22h 06h	
	de 8/8h			
	4) Dipirona 500mg/ml - 01 AMP	JV	10h 18h 22h 04h	
	+ ABD de 6/6h			
	5) Pibral 500mg/ml - 01 AMP + 15ml	JV	14h 22h 06h	
	ABD de 8/8h			
	6) Omeprazol 20mg - 01 AMP +	JV	06h	
	ABD pela manhã (jejum)			
	7) Retirar sonda nasal		06h	
	8) Curativos e cuidados com dreno			
	de Punção			
	9) Dembulas			
	10) GGU + CCG			



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Nome do Usuário:*		Naturalidade	
João Victor Elói Vieira de Souza		Mossoró - RN	
Filiação:*	José Pimenta de Souza Leoneide Vieira da Silva		
Estado Civil:*	Data de Nascimento:*	Idade:	Sexo: Renda Mensal R\$:
Solteiro	05/01/1998	20	F <input checked="" type="checkbox"/> Renda Mensal R\$:
Endereço:*	Rua José Ferreira de Melo		Nº 12
Bairro:*	Cidade:*	Profissão:	
Aracaty II	Mossoró - RN		
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS:*	CPF:*	RG:*	
700 2024 4295 53 22	703.661.984-83	4.107.111	
Telefone para contato:*			
Pessoa Responsável:*	Grau de parentesco:	Telefone:*	
A mãe	—	9.9889-8251	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA <input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA <input type="checkbox"/>	ALUGADA <input checked="" type="checkbox"/>	CEDIDA <input type="checkbox"/>	TELEFONE <input type="checkbox"/>
ÁGUA <input checked="" type="checkbox"/>	LUZ <input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA <input type="checkbox"/>	ALVENARIA <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM 04	CRIANÇA <input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE 01	ADULTO 03	IDOSO <input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ <input checked="" type="checkbox"/>	REFEIÇÃO <input type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS <input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:*	Acidente de Moto		
CLÍNICA	cirúrgica	LEITO	305-06
Observações:			

Data: 11/05/18

Assistente Social

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA SETOR DE IMAGEM

Nome do Paciente: Joao Victor Eloi Vieira, 20 anos
Data do Exame: 10/05/2018 às 8:09h
Origem: HRTM
Dados clínicos: Trauma abdominal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME SEM CONTRASTE

TÉCNICA:

Aquisição volumétrica, sem contraste.

ACHADOS PRINCIPAIS DA URGÊNCIA:

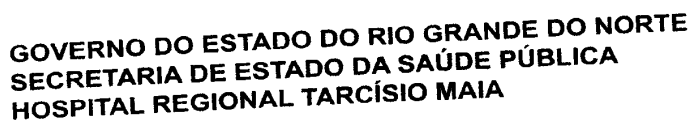
- Moderada ascite com atenuação acentuada, compatível com hemoperitônio importante (mais evidente periesplênico, nas goteiras parieto-cólicas inferiormente, nas fossas ilíacas e principalmente na cavidade pélvica).
- Baço difusamente heterogêneo, por vezes com contornos irregulares e mal-definidos compatível com lesão esplênica parcial, notando-se fina coleção hemática adjacente.
- Leve hepatoesplenomegalia.
- Ausência de dilatação intestinal, pneumoperitônio, apendicite, ureterolitíase.

Obs.1: Exame liberado em caráter de urgência, sem o uso de contraste (o que diminui a acurácia diagnóstica, mas evita riscos inerentes ao uso desta substância).

Obs.2: Este é um exame complementar usado para auxílio diagnóstico. Assim, os achados e hipóteses aqui descritos não devem ser analisados isoladamente, mas em conjunto com todas as demais informações (dados clínico-laboratoriais +/- outros exames complementares etc) pelo médico solicitante, a quem compete, de posse de todos estes dados, concluir sobre as melhores possibilidades diagnósticas e de conduta a serem seguidas. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

FRANKLIN DE FREITAS TERTULINO
RADIOLOGISTA / CRM-RN: 5673 / RQE: 1599
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Handwritten signature and date: 10/05/18



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Victor Góes Viana de Azevedo Leito:

has water flow from the pipe

Leito:

Nome: <u>Jonas Antônio de Jesus</u>	
DATA	EVOLUÇÃO
15	Paciente em, sem queixas,
05	Durante período, sempre,
18	Abster-se totalmente.
	Deixar laborat. normal.

PRESCRIÇÃO

[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: João Victor Elói Vieira de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Atendente Identidade: 4.107.111
Endereço: Rua: José Ferreira de Melo Nº 12

PROCURADOR:

Nome: Leoneide Vieira da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casada
Profissão: Agricultora Identidade: 1.182.294
CPF: 544058584-20
Endereço: Rua: José Ferreira de Melo Nº 12

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincores e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações, bem como, levantar valores decorrente da indenização do Seguro DPVAT, junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal ou Bradesco ou qualquer outra agência credenciada, podendo ainda assinar, dar e receber quitação, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

MOSSORO, RN 07/06/2018
Local e data



João Victor Elói Vieira de Souza

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone: (84) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma

de João Victor Elói
Vieira de Souza

Mossoró(RN) 07 / JUN / 2018

Em Teste [assinatura] dou fé.

- ☒ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELIA
- ☒ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
- ☒ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
- ☒ Luana Kanny Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍANTE

NOME DO CONTRIBUÍANTE: **Leomear Faustino da Silva**
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: **544030884-20**
DATA DE EMISSÃO: **17/09/1967**
ASSINATURA DO CONTRIBUÍANTE: *Leomear*
VALIDO ATÉ: 30 DIAS A CONTAR DA DATA DO CAMBIO DO AGENTE RECEPÇÃO

LEI Nº 116 DE 20/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍANTE

NOME: **LEONARDE VIRIRA DA SILVA**
DATA DE EMISSÃO: **17.09.1967**
CART. Dist. de São Paulo - Catolê do Rocha
Cert. Masc. nº 2581, Fls. 29, Liv. 8

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍANTE

NOME: **Leomear Faustino da Silva**
DATA DE EMISSÃO: **17.09.1967**
CART. Dist. de São Paulo - Catolê do Rocha
Cert. Masc. nº 2581, Fls. 29, Liv. 8

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.182.294 DATA DE EXPEDIÇÃO 04.02.1986

NOME LEONEIDE VIEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO Leomar Faustino da Silva
Josefa Vieira da Melo

Catolé do Rocha PB. 17.09.1967

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert.Nasc. nº 2581, Fls. 29, Liv. 8

Cart. Dist. Catolé do Rocha - Catolé do Rocha PB

CPF 000.000.000-00

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

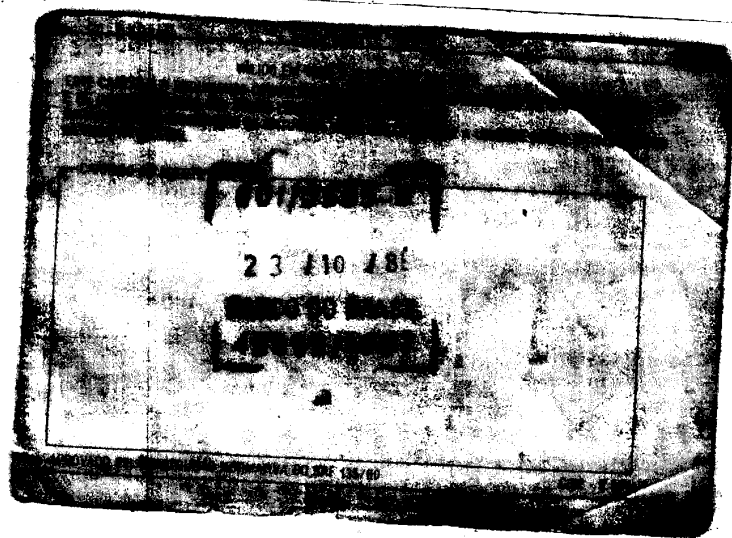
Nº DE IDENTIFICAÇÃO 544058524-20

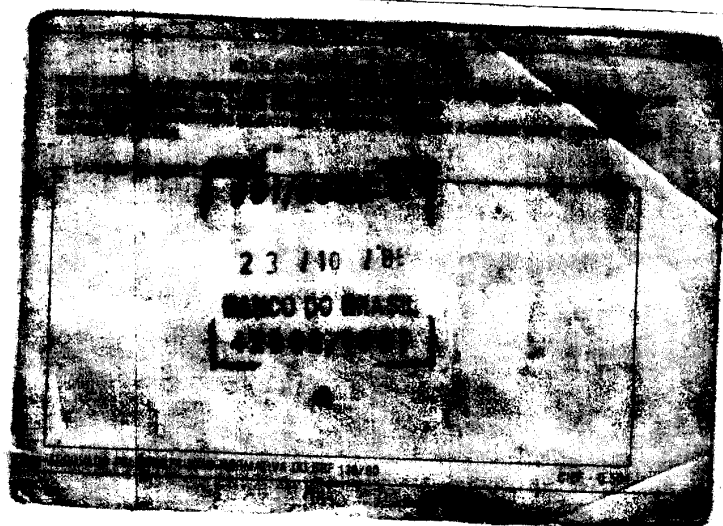
NOME DO CONTRIBUINTE Leoneide Vieira da Silva

VALIDO ATÉ 180 DIAS A CONTAR DA DATA DO CARIMBO DO AGENTE RECEPTOR NASCIMENTO 17/09/1967

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE Leoneide Vieira da Silva

ERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTA DE IDENTIDADE







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu _____ inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ inscrito
(a) no CPF sob o Nº _____ / _____ do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
_____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Geomêide Vieira da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Bernardo Viana da Silva



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0820703-65.2018.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 30 (trinta) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 1 de novembro de 2018.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito