



Número: **0852266-38.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 937,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALLAN PABLO BATISTA NUNES (AUTOR)		PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA (ADVOGADO) RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56390 467	02/06/2020 12:29	Petição	Petição
56390 470	02/06/2020 12:29	2560340_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros documentos
56390 471	02/06/2020 12:29	2560340_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros documentos

Juntada de petição.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08522663820178205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALLAN PABLO BATISTA NUNES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., diante do despacho de fls. Informar e requerer o que segue:

Considerando a complementação ao laudo pericial apresentada pelo expert, informa que não há nada a acrescentar e, requer, a juntada do processo administrativo completo, cujo pagamento deverá ser considerado para fins de abatimento no caso de eventual condenação.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 1 de junho de 2020.

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 02/06/2020 12:29:04
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060212290438700000054221300>
Número do documento: 20060212290438700000054221300

Num. 56390470 - Pág. 2

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/11/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

BANCO: 756

AGÊNCIA: 04194

CONTA: 000000023161-4

Nr. da Autenticação BAC1A555BE51796A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170565238 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES **Data do acidente:** 20/06/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO: 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

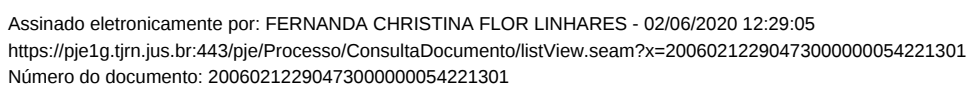


Dados do Veículo de placa OWA4270							
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	4 ^a	Angulos	
OWA4270	598116672	OWA4270/RN	4-MOTOCICLETA	2-Aluguel	Passageiro	2	
Marca/Modelo		Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria
002863-HONDA/CG150 FAN ESDI (Nacional)		2013/2014		0	16-Alcool-Gasol	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN		
DREYDE SANDRA DE CARVALHO					DetranNet		
Proprietário Anterior					Situação Lacre		
CIRNE COM E SERV DE MOTOS LTDA					REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento		Licenciado até			Adquirido em	Situação	
NATAL		2016 em 31/10/2016, Licenciamento Anual no lote 010284, AR=RD982916440BR (CRLV emitido)(Via 1)			20/12/2013	Em Circulação	
Restrição à Venda					Carnê de Licenciamento 2017		
Alienação Fiduciária em favor de BANCO HONDA S/A					Gerado em 17/05/2017 às 16:28 hs.		
Informações PENDENTES oriundas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos							
Nenhum impedimento registrado até esta data							
Listagem de Débitos							
Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
Último Processo							
Processo	Interessado	Início em					
25035203/2015	03386755402	12/11/2015 às 13h00min					
Situação		Fim em					
Encerrado		12/11/2015 às 14h15min					
Serviço		Execução em					
Mudança de Categoria		Em 12/11/2015 às 13h00min por 15561372491					
Geração de guia de pagamento		Em 12/11/2015 às 13h00min por 15561372491					
Auditoria		Em 12/11/2015 às 14h15min por 22259376487					
Emissão CRV(1ª via)		Em 12/11/2015 às 14h17min por 43041477491					
Recurso de Infração							
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							
Histórico de Impedimentos							
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.							

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

Voltar

Documentos do Idominação
"0712"





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 28251 /2017
Admissão: 20/06/2017 17:42:44



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **25802 - ALLAN PABLO BATISTA NUNES** (38ª a 11 m 4 d)

Nascimento: 16/07/1978 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 03386755402

Prof:

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BATISTA

Pai:

Logradouro: ATOL DE SAO PEDRO, 1450

Cidade: NATAL

CEP: 59015380

Bairro: POTENGI

Telefone: 84.88424859

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 20/06/2017 17:39:31				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120/80		98		20	77			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DOR EM PERNA D/COLISAO CARRO-MOTO

Hora: 17:50 Paciente trazido pelo SAMU, vítima de colisão carro-moto, há cerca de 1h30min. Estava usando capacete no momento do acidente. Relata perda de consciência por pouco tempo (segundos, etc). Refere dor em MID e imobilidade do membro. Nega vômitos, náuseas, tonturas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes / sem cervicalgia
- B Espirais / MV+, bilateral, melhora com RA.
- C Estável hemodinamicamente / RCR, 2T, BNF, sem ruídos
- D Consciente e orientado / Glasgow 15.
- E Abundante em MID em região de coxa, doloroso à palpação.

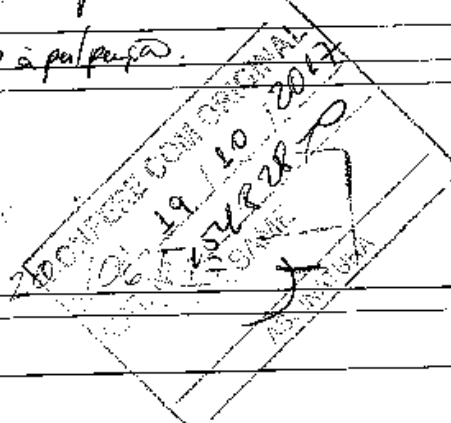
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

APD: globo, fôcido, indolor à palpação.
MID: supracitado.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 20 de Junho de 2017.



56390

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

T
B
C
D
WA (ALERGIAS): NãoM (MEDICAÇÃO EM USO): ---P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): ---L (LÍQUIDOS AUMENTOS INGERIDOS): ---A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): ---V (PASSADO VACINAL): vacina de febre tifóide e outras de rotina

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Puro e Loka (D)

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Volume 75 g = 81 p ml
18:10

Alc. C. 4l

Alciana Bezerra Lima Junior
 Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
 CRM - 4894

OUTROS

ASSOCIAÇÃO DE SUPERVISORES

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2: ALZOPED 10

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Alciana Bezerra Lima Junior
 Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
 CRM - 4894



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

T
B
C
D
R

A (ALÉRGICAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO): —

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): —

L (LÍG E ALIMENTOS INGERIDOS): —

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRILHMA): —

V (PASSADO VACINAL): vacina da febre 60 anos de 7 anos

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Primo x lobo (D)

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Soluim 75 g = 81 p ml
Bido

At. C. 41

Adriana Bezerra Lima Junior
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM - 4891

OUTROS

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>NCR</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>
ESPECIALISTA 2: <u>DEVEDIO</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>
ESPECIALISTA 3: <u>—</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>

Adriana Bezerra Lima Junior
Cirurgia Geral e Videolaparoscopia
CRM - 4891





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

ALLAN PABLO B. NUNOS

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

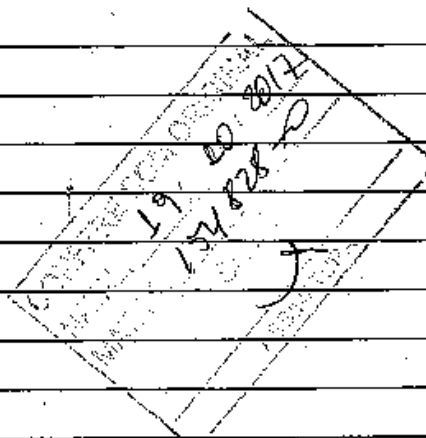
Data:

20/06/17 ORTOPEDIA

Hora:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE LOROCCIDENTAL COM TRAUMA EM MIE COM FRATURA DIAPHRAGMA DE FEMUR (E).

DR. GEAN GUARNIERE H. DANAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 47341 EOD 11024



Assinatura: Oflencor, 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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIN

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Alfonso Pablo Batista Nunes</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/10/1978</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - MASCULINO ☒ FEMININO ☐
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisco das Chagas Batista</i>	12 - TELEFONE DE CONTATO <i>848842-4354</i>
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Aval de São Pedro, Potengi</i>	14 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>
15 - BAIRRO <i>Potengi</i>	16 - UF <i>RN</i>
17 - CEP <i>59015320</i>	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura exposta de fêmur</i>
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Rx + Cirurgia</i>
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Fratura ex Rx</i>

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i>	22 - CID INICIAL <i>T12</i>	23 - CID SECUNDÁRIO	24 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico</i>	26 - TIPO / CLÍNICA	27 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO <i>19 134</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415030012</i>	30 - DATA DO PROCEDIMENTO	31 - CNES / CPF	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - Nº DO BILHETE	36 - BÔNUS
37 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ	39 -	40 -
41 - () ACID. TRABALHO TRAVEJO			
42 - CID PRINCIPAL			
43 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	45 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIN) <i>0408050519</i> <i>572.3</i>
47 - DT AUTORIZ	48 - DT AUTORIZ	
49 - CNES / CPF	50 -	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Observação: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o atendimento de urgência em casos de violência doméstica e sexual, e em casos de violência física e psicológica.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 02/06/2020 12:29:05

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060212290473000000054221301>

Número do documento: 20060212290473000000054221301



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIN

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Alfonso Pablo Batista Nunes</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/07/1978</i>	9 - SEXO <i>M</i>	10 - MASCULINO ☒	11 - FEMININO ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisca das Chagas Batista</i>	13 - TELEFONE DE CONTATO <i>848842-4854</i>			
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Aval de São Pedro, Potengi</i>	15 - MUNICÍPIO <i>Potengi</i>	16 - BAIRRO <i>Potengi</i>	17 - UF <i>RN</i>	18 - CEP <i>59015380</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura distal de fêmur</i>
20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Rx + cirurgia</i>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>reparo cirúrgico</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>154</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415030012</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNES / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -	
40 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () GRAVE	44 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	46 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIN)
48 - DT AUTORIZ.	49 - DT AUTORIZ.	50 -
51 - CNES / CPF	52 -	53 -
54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	56 -

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



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

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Prônio Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: ALLAN PABLO B. NUNES

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE FÊMUR (D)Indicação terapêutica: PLACA TRANSVERTEBRAL (D) Urgência (X) Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 20/6/17

Início:

Término:

Duração:

Operador: DR. GEAN GUARNIERE

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

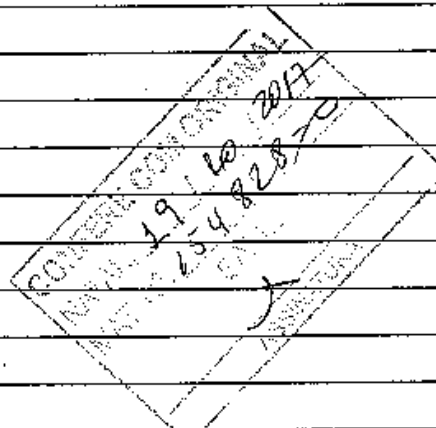
Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) PACIE. EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA.
(2) ASSOPRIA + ANTI-SCOSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CLAVICULARES.
(3) PLACA TRANSVERTEBRAL (D) TUBIA (D).
(4) CURATIVO.

DR. GEAN GUARNIERE DANTAS
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 154.828-70



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

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

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.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto-Socorro Clóvis Sarrinho

Nome:

ALLAN PABLO B. NUNES

Res. Registro:

Serviço:

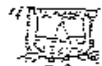
Idade:

Sexo:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20.06.17	ORTOMANIA - FRAURA DO TÓRAX @ - PARTE CERVICAL - N/A DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TEOT 11044
27/6/17	ORTOMANIA - PARTE CERVICAL BOM, SEM QUAIS MOVIMENTO N/A DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TEOT 11044
28/6/17	ORTOMANIA MOVIMENTO N/A DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TEOT 11044 COLEÇÃO DE RAY 12/06/17 12/06/17 12/06/17
29/6/17	ORTOMANIA PARTE CERVICAL CUMPRIDA, BOM, N/A DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TEOT 11044

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Fronte Socorro Clóvis Sarrinho

Nome:

ALLAN PAULO B. NUNES

Registrou:

Serviço:

Idade:

Idade:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20.06.17	ORTOPEDIA - FURTO DO MEMBRO @ traço traumático. N/A
27/6/17	ORTOPEDIA Parte evolui bem, sem alterações Novo N/A
28/6/17	ORTOPEDIA Novo N/A
29/6/17	ORTOPEDIA Parte. Novos CINTURA, abd, N/A

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Ende da obra : CEP 59075-260
22256-185-0 - www.zenon.com.br

Comprovações da restrição



15

64006-00 CLIENTE
JOSE BATISTA GOMES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUELOMA
RUA ATOL DE SÃO PEDRO 1450 C.I
SOLEDADE II

CPF: 065.528.824-72

POTENÇIÁREA URBANA
NATAL RN
59129-030

PLASSIFIKASJON
B1 RESIDENSIAL
RESIDENSIAL
Hjortshovud

0150874018 06/2017

000193174

05/07/2017 06/07/20

07/02/2017

10

Consumo Atividade
Assinatura do Beneficiário
Contribuição Formação Futuro
Multa por atraso - JF 2009/93155 - 06/04/17
Juros por atraso - JF 2009/93155 - 06/04/17

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
150,000000	0,26585864	80,40
		4,91
		10,45
		1,81
		0,72

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

137,29

RENTAS Y RENTAS DE INMUEBLES, GASTOS Y GASTOS									
Nº DE MEDICION	TIPO DE FUNGION	AREA	LENTURA	AREA	LENTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (M3)
091428	1	100-20	16-20	17-20	15-20	10	10000		1000

COMBINED SUMMARY									
UNIT		DATE		TIME		LOCATION		STATUS	
UNIT 100		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 101		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 102		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 103		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 104		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 105		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 106		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 107		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 108		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 109		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 110		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 111		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 112		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 113		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 114		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 115		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 116		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 117		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 118		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 119		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 120		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 121		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 122		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 123		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 124		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 125		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 126		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 127		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 128		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 129		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 130		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 131		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 132		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 133		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 134		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 135		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 136		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 137		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 138		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 139		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 140		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 141		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 142		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 143		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 144		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 145		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 146		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 147		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 148		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 149		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 150		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 151		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 152		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 153		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 154		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 155		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 156		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 157		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 158		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 159		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 160		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 161		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 162		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 163		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 164		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 165		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 166		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 167		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 168		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 169		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 170		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 171		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 172		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 173		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 174		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 175		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 176		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 177		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 178		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 179		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 180		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 181		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 182		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 183		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 184		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 185		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 186		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 187		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 188		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 189		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 190		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 191		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 192		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 193		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 194		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 195		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 196		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 197		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 198		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 199		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 200		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 201		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 202		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 203		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 204		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 205		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 206		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 207		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 208		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 209		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 210		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 211		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 212		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 213		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 214		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 215		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 216		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 217		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 218		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 219		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 220		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 221		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 222		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 223		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 224		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 225		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 226		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 227		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 228		10/10/10	10:00	1000	1000	1000	1000	1000	1000
UNIT 229		10/10/10	10:00	1000	1000	10			

HB10,SEA? CFDC ADFF 44BA H3B2 2814 EFCF

Organismo de la ONU y el FMI, que de vez en cuando se reúnen para discutir los temas de la política económica y social. En la actualidad, el FMI y el Banco Mundial están en un momento de crisis. El FMI, que fue creado en 1944, ha perdido su prestigio y su influencia. El Banco Mundial, que fue creado en 1946, también ha perdido su prestigio y su influencia. Ambos organismos han perdido su capacidad de influir en la política económica y social de los países en desarrollo. Esto se debe a una serie de factores, entre ellos la corrupción, la falta de transparencia y la falta de rendición de cuentas. Como resultado, los países en desarrollo han perdido la confianza en estos organismos y han buscado alternativas para su desarrollo económico y social.

POSTMARKS	NUMBER OF LETTERS	LETTERS RECEIVED	LETTERS TRANSMITTED	LETTERS RETRIEVED
1400	1.05	8.13	10.30	26.77
2700	1.05	8.20	0.75	7.45
0100	1.23	1.14	0.00	0.00



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Allan Pablo Batista Nunes, portador(a) do RG nº 1772966 e inscrito(a) no CPF sob o nº 033.867.554-02, residente e domiciliado(a) à R. Abel de São Pedro, 1450, Solidade II, Potengi, na cidade de Natal, UF RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

x Allan Pablo B. Nunes

Assinatura do declarante (conforme
documento de identificação)

Natal - RN, 18 de Outubro de 2017





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA, ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOAT 96199



1 - LOCAL E DATA

Local R: SAGUADARA C/ R: AURELIO PINHEIRO Bairro BAIRRO VERMELHO
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. PRONIA SABOR DA TERRA
Data 20/06/2017 Hora do acidente 16:00 Hora do registro 17:00 Dia da semana 3ª FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Afundamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros

3 - VEICULO

Placa ou Chassi 01A 4230 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CB 600 FAN Cor PRETA Ano 2013 / 2014
Proprietário LUIS DE SAUNDA DE CARVALHO Nº de Ocupantes 01
Condutor ALLAN PAULO BATISTA LUIZ Data de Nasc. 16/07/1978
Endereço R: EDO DE SAO PEDRO Nº 1450 End. 99126-5415
Bairro LOTENCO Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 033.863.554-02 CNH Nº 03549531480 Validade 30/03/2021 Categoria "A"
Local de Trabalho LOPAX Fone 3024-2001
End. R: PADRE D'AMARAL BRASIL Nº 944 Bairro N. DE LOURDES Cidade NATAL

4 - VEICULO

Placa ou Chassi MMZ 0503 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. CITROEN C3 Cor PRATA Ano 2011 / 2012
Proprietário ISABELA ALABISSA RICARDO DOS SANTOS Nº de Ocupantes 01
Condutor A. NEIVA Data de Nasc. 24/06/1982
Endereço R: ADAIL DAMPIANA DE MENEZES Nº 4408 Fone 99916-1036
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF Nº 000.670.674-88 CNH Nº 05496680898 Validade 07/06/2022 Categoria "AB"
Local de Trabalho FEAMERCO Fone 3006-9400
End. AV: ALEXANDRINO DE ALENCAR Nº 552 Bairro ALECRIM Cidade NATAL

5 - VEICULO

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEICULO

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 96199 Número da Ocorrência: 647290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 10:47:43 Número/Controle: E74658466W



VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? R: SAQUARA

Em que sentido? CENTRO - LAGOA NOVA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor: INFORMA QUE TRAE, NORMALMENTE, E DE REPENTE V2 ENTROU NA SUA FRENTE CAUSANDO A COLISÃO, V1 AINDA TENTOU DESVIAR MAS NAO CONSEGUIU.

Assinatura do Condutor da V1

Alfonso R. Batista Junior

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? R: SAQUARA - SAINDO DA RUA AURELIO PINHEIRO

Em que sentido? L. NOVA - CENTRO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor: INFORMA QUE TRAE, NORMALMENTE, E AO ACESSAR A RUA SAQUARA PARA PAROU E EM NENHUM MOMENTO VISUALISOU V1, E AO REINICIAR A MANOEIRA VEIO A COLIDIR FRONTALMENTE EM V1.

Assinatura do Condutor da V2

Roberto Alomson B. dos Santos

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor da V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor da V4

Autenticação Número do Boletim: 98199 Número da Ocorrência: 647290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 10:47:43 Número/Controle: E74658466W

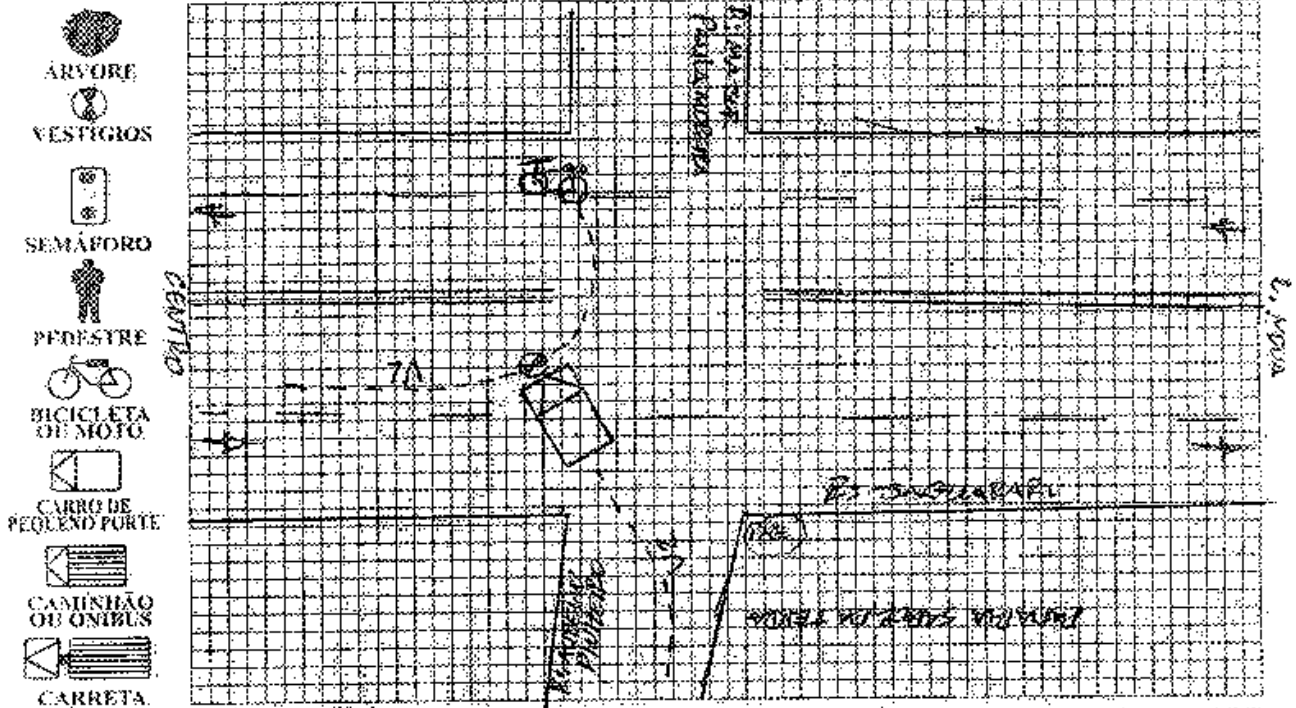


96199

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Iluminação	Cond. Tempo	Tipo da Pista	Carroz. Pista	Cond. Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Sol	☒ Asfalto	☐ Rota	☒ Seca	☐ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ De Agente de Trânsito
☐ Anôluzcente	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Ativo/Inativo	☐ Inundada	☐ De Sinalização
☐ Noite w Iluminação	☐ Nebulosa	☐ Cascalho	☐ Ativo Suave	☐ Póças d'Água	☐ Faixa de Polígrafo
☐ Noite w Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Ingerente	☐ Oleosa	☒ Linha <i>Continua</i>
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outras	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) <i>Pre</i>
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☒ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. <i>40</i> km/h
			☐ Ruptura	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Ráburção		

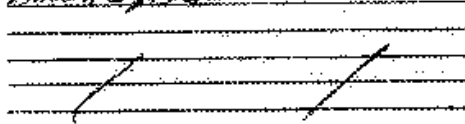
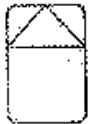
9 - CROQUE DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

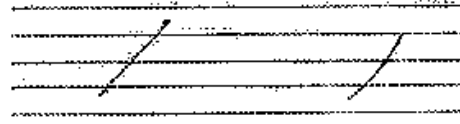
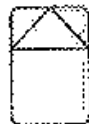
AVARIAS DO VEÍCULO 1

ESTRUP, TANQUE, PAINEL DIANT, RUÍDO, MOTORISTA DIRETO E RECA DIANT.

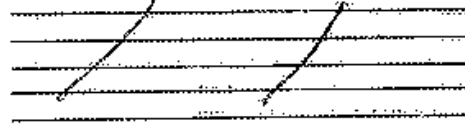


AVARIAS DO VEÍCULO 2

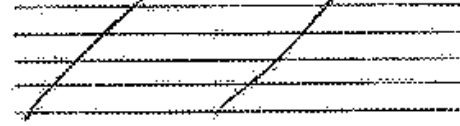
PAINEL DIANT, CL. PAINEL, CAPÔ, E MECANICA A VERIFICAR.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 96199 Número da Ocorrência: 547290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 10:47:43 Número/Controle: E74658466W



11- ☒ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Policial ☐ Resguardado
 Passaporte de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: ELVIS SARINHO Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome: ALAN PABLO BATISTA LUNES Data de Nascimento: 16/01/1998
 RG N°: 121966 Órgão Expedidor: MTF Nº: 1460 Fone: 3326.6495
 Endereço: R: ROL DE SÃO PEDRO Cidade: NATAL UF: RN
 Bairro: PIRELLI Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 12- ☐ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Policial ☐ Resguardado
 Passaporte de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 13- ☐ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Policial ☐ Resguardado
 Passaporte de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 14- ☐ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Policial ☐ Resguardado
 Passaporte de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condição para: _____ Presença: ☐ Foto ☐ Registro
 Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

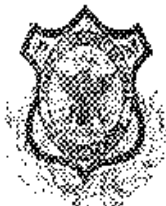
Assinatura: _____ Hora: _____
 15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: SAM RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16- IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AVALIAÇÃO ☐ SP1 ☒ NÃO ALEN COMPLETO

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRANSITO

Nome Completo do Agente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS
 POSTOGRADO: CB PATN°: 92.619 Unidade: 606 Subunidade: 12 DPDE
 Local e Data: NATAL 20 de junho de 2017 CB ASSIS SANTOS
 Autenticação: Número do Boleim: 96199 Número da Ocorrência: 647290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 10:43 Número do Documento: 514658466W





RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA-ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capão-Mor Gonçalves, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte.
Fone: (84) 3232-1513 - E-mail: cprsetordetraffego@brunell.com

Natal/RN, 04 de Julho de 2017.

BOAT nº: 96199

Data: 20/06/2017

Local: Rua Jaguarari com a Rua Aurélio Pinheiro - Barro Vermelho - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ CG150 FAN ESDI - QWA 4270

(V-2) CITROEN/ C3 GLX 14 FLEX - NNZ 0803

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-2 deixou de observar o que preceitua os artigos 26 - I, 28 e 44.


Alan Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194148-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pmrn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação: Número do Boletim: 96199 Número do Determinação: 647290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 16:47:43 Número Controle: 174858266W

*Boletim disponível para leitura nos pontos que estejam cadastrados pelo chefe do setor de trânsito.

Assinado





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito da 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
E-mail			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	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	BANCO	Nº
Nº	Nº	Nome	Nº
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	Agência	Conta
		Nº	Nº
		(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Natal-RN, 18 de Outubro de 2017

Local e Data

Alisson Pablo B. Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito da 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
E-mail			Telefone (DDD)
R. Afonso de São Paulo		Natal	RN
Potengi			59129-030
Não possui			(84) 3027-2829

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	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	BANCO	Nº
Nº	Nº	Nome	Nº
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	Banco Sicredi	756
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Natal RN, 18 de Outubro de 2017

Local e Data

Alfonso Pablo B. Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001.V001/2017



Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958547

A/C: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Sinistro: 3170565238 ASL-0407446/17
Vitima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES
Data Acidente: 20/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 756

Agência: 000004194

Conta: 0000023161-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00069/00070 - carta_15R



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11903587

A/C: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170565238 ASL-0407446/17

Vítima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Data Acidente: 20/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00039/00040 - carta_01

