



Número: **0802321-87.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.333,24**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA (AUTOR)		ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39143 185	13/02/2019 16:40	01 - PROCURAÇÃO	Documento de Comprovação
39143 207	13/02/2019 16:40	02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Identificação
39143 267	13/02/2019 16:40	03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
39143 212	13/02/2019 16:40	04 - COMPOVANTE DE ENDEREÇO	Documento de Comprovação
39143 218	13/02/2019 16:40	05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
39143 225	13/02/2019 16:40	06 - CRLV	Documento de Comprovação
39143 234	13/02/2019 16:40	07 - FORMULÁRIOS OBRIGATÓRIOS - CONTA	Documento de Comprovação
39143 243	13/02/2019 16:40	08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR	Documento de Comprovação
39143 271	13/02/2019 16:40	09 - AVISO DE SINISTRO	Documento de Comprovação
39143 282	13/02/2019 16:40	10 - MEMÓRIA DE CÁLCULO - SEGURADORA LIDER	Documento de Comprovação
39143 476	13/02/2019 16:40	11 - PLANILHA DE CÁLCULO - CORREÇÃO MONETÁRIA INPC DESDE DEZ-2006	Planilha de Cálculos
39209 829	14/02/2019 14:05	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Eduardo Nogueira de Lucena, brasileiro, casado, ajudante, portador do RG nº 001.948.369 SSP/RN e CPF nº 035.602.184-03, residente e domiciliado na Rua Anatalia de Melo Alves, 16, Paredões, Mossoró/RN, CEP: 59618-115.

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar providências e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró-RN, *17/10/2018*

Paulo Eduardo Nogueira de Lucena
OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maisa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lázaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9 9482 4082

(84) 9 9980 4244

(84) 9 87 3333

abelmaiaadv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

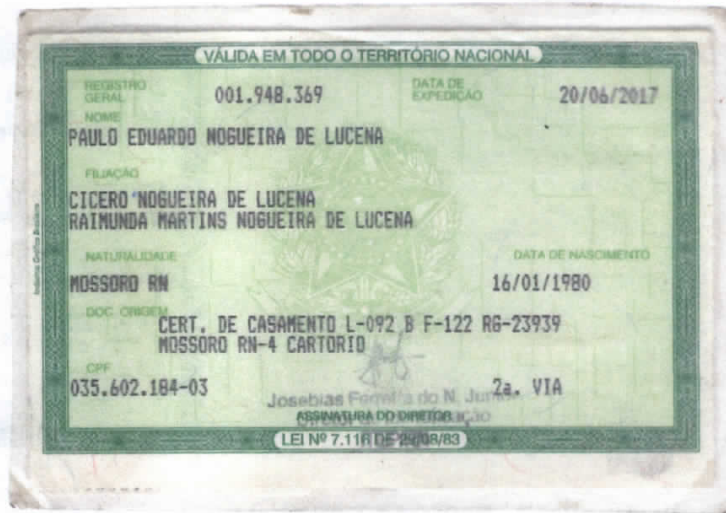
Paulo Eduardo Nogueira De Lucena, brasileiro, casado, ajudante, portador do RG nº 001.948.369 SSP/RN e CPF nº 035.602.184-03, residente e domiciliado na Rua Anatalia De Melo Alves, 16, Paralela, Mossoró/RN, CEP: 59618-115.

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 - Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 17 / 10 / 2018.

X Paulo Eduardo Nogueira De Lucena
DECLARANTE





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL 2º DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 854/2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Declarou acidente de trânsito com moto (Declaração para cumprir fins de solicitação do seguro DPVAT)

LOCAL DO FATO: Declarou que o fato ocorreu na rua não sabe informar, ao lado do Museu, Bairro Paredões, Mossoró/RN.

DATA E HORA DO FATO: Declarou que o fato ocorreu no dia 05/09/2018, por volta das 14:30hs.

DECLARANTE: Paulo Eduardo Nogueira de Lucena

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Anatália de Melo Alves 16B Paredões, Mossoró/RN.

DATA DE NASCIMENTO: 16/01/80

DOCUMENTO: RG nº 001948359/RN

TEL: (84) 997002407

VÍTIMA: Segundo informou, o declarante.

NOTICIADO: Declarou: motorista desconhecida de um carro, mulher, placa não sabe, nome não informou.

DECLARAÇÃO DO OCORRIDO

Declarou que no dia, hora e local supracitados, era conduzido na garupa da moto placa MYH3727/RN, RENAVAM nº 00785153527, tipo Honda Titan 125, em nome de Francinildo Fernandes da Silva, quando, segundo relata o declarante, a acusada foi entrar com o seu carro em um estacionamento, vindo o condutor da moto, Sr. Francinildo Fernandes da Silva, colidir contra a traseira do carro da acusada na via; Declarou que em razão do ocorrido sofreu queda da garupa da moto na via; Declarou que a acusada se evadiu do local do ocorrido; Declarou que foi atendida no Hospital Regional Tarcísio Maia; Declarou que compareceu e relatou o presente BO nesta delegacia para cumprir fins protocolares de solicitação do pagamento do seguro DPVAT; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DA DECLARAÇÃO: 12/09/2018, às 16h35min.

OBS: Todas as informações constantes neste B.O. são de inteira responsabilidade do declarante.

OBS.: Não compareceu nenhum servidor desta delegacia (2ª DP/Mossoró-RN) no local do ocorrido declarado para constatar a veracidade das informações prestadas. Declarou que não deseja representação criminal ou instauração de procedimento policial investigatório para apurar nesta delegacia o ocorrido relatado.

Paulo Eduardo Nogueira de Lucena

ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL

[Assinatura]
apc helder-1690205

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013710643200
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODD-RENAVAM 0078613327 R.N.L.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME: FRANCINILIO FERNANDES DA SILVA

CPF/CNPJ: 791.774.094-34 PLACA: MYH3727

PLACA ANT / UR: MYH3727 / RN CHASSI: 9C22C30102R240498

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/ANON/C/CL/DIR/V/NO AP/IC/DIR COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CS 125 TITAN XS ANO FAB.: 2002 ANO MOD.: 2002

CAR / POT / CIL: 0C7/124 CILINDRADAS PARTICULAR COR PREDOMINANTE: VERMELHA

CATEGORIA: PARTICULAR

VENC. COTA UNICA: R\$ 0.00 04/06/2018 VENC. / COTAS: 1º ISENTO 2º ISENTO 3º ISENTO

FAVA IRVA: 002805 3X PARCELAMENTO / COTAS: 36 ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 002805 3X ISENTO PREMIO TOTAL (R\$): 002805 3X ISENTO

DOF (R\$): 002805 3X ISENTO

*** LICENCIAMENTO DETRAN PAGO *** DATA DE PAGAMENTO: 17/05/2018

NOTOR: 9C22C30102R240498 DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SERNA DO MEL/RS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013710643200 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 27 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ: 791.774.094-34 PLACA: MYH3727

RENAVAM: 0078613327 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN XS

ANO FAB.: 2002 CAT. IRE: 9 Nº CHASSI: 9C22C30102R240498

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATIAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TITULA SEMI-PROFIS/SEMANO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 08.548.089/0001-04

CAIXA

POULART DA CAIXA
a primeira do Brasil

603059 0000 771 10 8100

PAULO EDUARDO MOURA MAIA
CPF 013 00022285-2277



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Eduardo Nequeira de Lucena

RG nº 001.948.369, data de expedição 20/06/2017 Órgão SSP/RN

CPF nº 035.602.184-03 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Anatalia de Melo Alves</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>Área urbana</u>
Bairro	<u>Paradeiros</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59638-115</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3316-5699 / (84) 9.8773-3770</u>
E-mail	<u>abelmaiaadv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró/RN, 17/10/2018

Assinatura do Declarante: Paulo Eduardo Nequeira de Lucena

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

263-470681082-4

20/SE1/2018

HORA DE 14:53:13

LOT: 17.023129-1

TERM: 056154

LOCALIDADE: MOSSORO

AG. VINCULADA: 3064

CONTROLE: 856991066

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0560 013 00022268-0

PAULO EDUARDO N LUCENA

VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

263-470681082-4

1ª VIA

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

<p>DEVOLUÇÃO Seguradora Líder . DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br</p>	<p>Para uso dos correios</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mudou-se</td> <td><input type="checkbox"/> Endereço insuficiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desconhecido</td> <td><input type="checkbox"/> Não existe o nº Indicado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recusado</td> <td><input type="checkbox"/> Falecido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td>Data ____/____/____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não procurado</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Não existe o nº Indicado	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Ausente	Data ____/____/____	<input type="checkbox"/> Não procurado		<p>Responsável pela informação</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Morador</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Síndico</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Porteiro</td> <td>Entregador</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Morador	_____	<input type="checkbox"/> Síndico	_____	<input type="checkbox"/> Porteiro	Entregador
<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente																	
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Não existe o nº Indicado																	
<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Falecido																	
<input type="checkbox"/> Ausente	Data ____/____/____																	
<input type="checkbox"/> Não procurado																		
<input type="checkbox"/> Morador	_____																	
<input type="checkbox"/> Síndico	_____																	
<input type="checkbox"/> Porteiro	Entregador																	

PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA
 RUA ANATÁLIA DE MELO ALVES, 16
 PAREDES
 CEP 59618-115 - MOSSORÓ - RN

Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
 Seguradora



Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

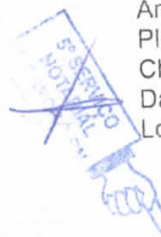
saiba +
www.seguradoralider.com.br



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francinildo Fernandes da Silva,
RG nº _____, data de expedição ___/___/___,
Órgão SSP/RN portador do CPF nº 794.344.004-34 com
domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Anetea de Melo, nº 46,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paulo Eduardo Magalhães de Souza cujo o condutor era

Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 125 Titan RS
Ano: 2002
Placa: JVH 3427
Chassi: 9E2JE30102R240498
Data do Acidente: 03.09.2018
Local e Data: Mossoró/RN 20/09/2018



Francinildo Fernandes da Silva
Assinatura do Declarante

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

5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Estarado
Rua Cel. Vicente Sabóia, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telef: (84) 3316-1940 - E-mail: vefisomossor@tribunal.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):
FRANCINILDO FERNANDES DA SILVA Registro 0111 00041779
Mossoró/RN, 20 de setembro de 2018

Fabiana da Silva Magalhães Keila Valéria de S. Galdino Alivia Ligia de Sara A. Souza
Valida somente com selo de autenticidade. Emolumentos R\$2,97. Resolução nº 04/2018-1/JRN

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 035.602.184-03 Nome completo da vítima: Paulo Eduardo Nogueira de Souza

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

Nome completo: Paulo Eduardo Nogueira de Souza CPF: 035.602.184-03
 Profissão: Ajudante Endereço: Rua Anatalia de Melo Número: 16 Complemento: _____
 Bairro: Paradoís Cidade: Mossoró Estado: RN CEP: 596-18-115
 E-mail: abelmaiaadv@gmail.com Tel.(DDD): (84) 3316-5699

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00022268- AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Eduardo Nogueira de Souza
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

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 interditada 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 Paulo Eduardo nequeira de b. CPF da Vítima 035.602.184-03 Data do Acidente 05/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email abelmaiaadv@gmail.com Telefone (DDD) (84)9.8773-3770

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 Lider 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.

Mossoró/RN, 17 de outubro de 2018
Local e Data

Paulo Eduardo nequeira de b.
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 com 16 ou 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").

Numero do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 035.602.184-03 Nome completo da vítima: Paulo Eduardo rogueira de L.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Paulo Eduardo rogueira de Lucena CPF titular da conta: 035.602.184-03 Profissão: Ajudante
Endereço: Rua Anatalia De Melo Alves Número Complemento: 16
Bairro: Paredões Cidade: messoró Estado: RN CEP: 59638-115
E-mail: abelmaiaadr@gmail.com Telefone (DDD): (84)9.8773-3770

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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: 0560 D/V: 00022268 D/A: 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: BRB

Nome: BRB

AGÊNCIA: BRB D/V: BRB CONTA: BRB D/A: BRB

(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 Lider 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.

messoró/RN 17 de outubro de 2018

Local e Data

Paulo Eduardo rogueira de Lucena

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

4-APP-001 V001/2017

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Paulo Eduardo Nogueira De Lucena, brasileiro (a), portador do Rg n° 001.948.369 e CPF 035.602.184-03, residente e domiciliado (a) Rua Anatalia De Melo Alves, 16 Bairro Paradeiros Município Mossoró/RN, venho perante a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local Mossoró/RN, Data 17/10/2018

Atenciosamente





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

20.33.07

05/09/18-11:00 BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Paulo Norberto de Sousa Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Amputação traumática do 5º PDD + lesão do punho
Indicação terapêutica: melo 4º e 3º PDD

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____
Operador Dr. Guilherme Nogueira
1ª Auxiliar: _____
2ª Auxiliar: _____
3ª Auxiliar: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: Dr. João Luiz

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 (X) Contaminada () Infectada

Exame em PDD sob redação + anest. local; Antépsis, Amig e tosse de campo extenso; Realização de amputação traumática 5º PDD com imagem anatômica, perda do punho, punho para dorsal 4º PDD e ferimento contuso contuso circunferencial ± 270º de falange distal 3º PDD; Realizado regularizar do 5º PDD, no 4º PDD retirado excesso de pele de face lateral do pé para cobertura; 3º PDD suturado; Novo limpa e copioso com SF; Ressecção de hematócrito; Sutura por planos; ARA

Dr. Guilherme Galvão Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 9187 EOT 13541

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14.08.18

Francisco Kennedy F. Barros
SAME/ARQUIVO
Mét. 150.343-0



DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Paulo Eduardo N. de Jesus Pront: 20.33.07
 Cirurgia: Amputação traumática do 1º pé direito Data: 05/09/18
 Cirurgião: Dr. Guilherme Auxiliar: - Instrumentadora: -
 Anestesiologista: Dr. João Paulo Anestesia: Sedação + Local
 Início da Cirurgia: 16:30 Término: 18:20

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unid.
* GASES	03 pots
* ESPARADRAPO	30cm
* COMPRESSAS	01 unid.
* LÂMINA DE BISTURI Nº 24	02 unid.
* LUVAS 8.0	
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 10 ML	03 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	03 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40x12	02 unid.
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM 40cm	02 unid.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 3.0cm	04 unid.
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	Sim
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	100ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	
* ABD	
Goro / mabeira	03 unid. de cada.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 14.09.18
 Francisco Antônio P. Tolado
 SAME/ARQUIVO
 Matr. 150.343-0

20.33.07



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA 38 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 306-5
DATA DA ADMISSÃO: 05/09/18 MOSSORO Código: 21177

DATA	EVOLUÇÃO
07/09/18	2 DIH: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5 PDD REFERE DOR BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. Diurese fisiológica. NV PRESERVADO. CD: VPM ATB EV

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PARA HAS	
2	SF 0,9% 1000 ml p/ 24h, EV	
4	Dipirona 2ml+ABD, EV, 6/6h	
5	Omeprazol 20mg VO em jejum	
6 D2	CEFTRIAXONA 1G EV12/12H	
7	CAPTOPRIL 25MG 01CP VO 8/8H	
8	SSVV+CCGG	
9	CURATIVOS DIÁRIOS	
10	Mta hospitalar	

Dr. LUIS A. C. NASCIMENTO
Ortopedia / Traumatologia
CRM 14983

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14.09.18
1.11.18
SAME/ARQUIVO
11.02.18

20.33.07



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA 38 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 306-5
DATA DA ADMISSÃO: 05/09/18 MOSSORO Codigo: 21177

DATA	EVOLUÇÃO
07/09/18	2 DIH: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5 PDD REFERE DOR BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. Diurese fisiológica. NV PRESERVADO. CD: VPM ATB EV

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PARA HAS	
2	SF 0,9% 1000 ml p/ 24h, EV	
4	Dipirona 2ml+ABD, EV, 6/6h	
5	Omeprazol 20mg VO em jejum	
6 D2	CEFTRIAXONA 1G EV12/12H	
7	CAPTOPRIL 25MG 01CP VO 8/8H	
8	SSVV+CCGG	
9	CURATIVOS DIÁRIOS	
10	Dieta hvs pelem	

Dr. Luis A. C. Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM 4563

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14.09.18.
Francisco Kennedy F. Gomes
SAME/ARQUIVO
maZ. 150.343-0

Ortopedia - 16.55

paciente com lesão em P^o por acidente doméstico;

Ex - Amputação traumática 5^o PDD com perda tendão de 4^o PDD e 3^o PDD; ADM preservado.

Rx - Amputação traumática 5^o PDD + lesão parciais nos 3^o e 4^o PDD

Q - Encaminhar ao C.C. para procedimento

Dr. Edmundo Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 127.782.135/1



CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 21177 - PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA (38 a 7 m 20 d)
Nascimento: 16/01/1980 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 03560218403 Prof: Pai: CICERO NOGUEIRA DE LUCENA
Mãe: RAIMUNDA MARTINS NOGUEIRA DE LUCENA
Logradouro: ANATALIA DE MELO ALVES, 16 Cidade: MOSSORO
CEP: 59618115 Bairro: PAREDOES
Telefone: 84.88069019 84 88069019 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** NÃO REGULADO
Origem: FAMILIA *Empresa:

OBS:				Classificação: 05/09/2018 15:28:33				PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
			99,			85			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PCT COM AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 5º PODODACTILO DIREITO.
Hora: 15:38

PACIENTE ÚLTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 20 MINUTOS, ESTA CONSCIENTE E ORIENTADO E NEGA TER BATIDO COM A CABEÇA, TER DESMAMADO OU VOMITADO, QUEIXA-SE APENAS DE DOR NO PÉ DIREITO. AFIRMA QUE A MOTO SE DesequilIBROU E CAIU. NEGA CEFALÉIA, DOR TORÁCICA E DOR ABDOMINAL.

A- VIAS AÉREAS PÉRUAS, SEM CERCIAMENTO.

B- CARDÍACO, MVQ APT, SEM RA, SpO₂ = 99%.

C- Hemodinamicamente estável.

D- GLASGOW 15, PUPILAS IP.

E- AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO IV EV PODODÁCTILO DIREITO

ABD FLÁCIDO E W- DOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
SOLICITO - RX DE PÉ DIREITO AP e PERFIL (DGO)	OBLÍQUO.		
- AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGISTA.			
- DIPIRONA 02 AMPOLAS + ABD EV AGORA.			
 Elton Jales de Almeida CRM/RN 15037			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 14.09.18 SAME ARQUIVO MAT. 150.343-0			

*Saída: - () Decisão médica; () Enc.outro Serviço; () Evasão; (X) Interna: CID 561d Proc. 040806004-7
Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

Dr. Guilherme Garcia Ribeiro
 Cirurgião Geral e Traumatologista
 CRM/RN 15037

Prontuário: 203307



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA** (Fia: 3565/2018), CPF:03560218403.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 05 de Setembro de 2018.

Antônia Emilia Ribeiro Costa
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 11/09/18
Rafael
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 14.09.18
Antônio Lourenço P. Lourenço
SAME/ARQUIVO
mat. 150.343-0

CCIH - HRTM
DATA 12/09/18
Rafael
Assinatura

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES: 2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES: 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA (8 - 3565/2018)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 203307

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 16/01/1980

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR: PARDA

10.1 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE: RAIMUNDA MARTINS NOGUEIRA DE LUCENA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD 84 88069019

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD 84 88069019

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): ANATALIA DE MELO ALVES, 16 - PAREDOES

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MOSSORO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 240800

18 - UF: RN

19 - CEP: 59618115

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
trauma por queda com encurtamento em membro. Ps - Amputação traumática 5º PDD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO:
Medicada com...

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS):
Urin e Rastrel
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 14.09.18
Guilherme Garcia Rigolin
SAME/ARQUIVO
mot. 150.3430

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL)

24 - CID 10 PRINCIPAL: S68.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 408060042

29 - CLÍNICA: CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2

31 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: 95921265187

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: GUILHERME GARCIA RIGOLIN

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/09/2018

Dr. Guilherme Garcia Rigolin - CRM/RN 2157 TEOT 13541 - Ortopedia e Traumatologia

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:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR: LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: (X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 3565 /2018

Prontuário: 203307

Paciente: 21177 - PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA
Cartão SUS: CPF: 03560218403
Idade: 38 anos 7 meses 20 dias Sexo: M Etnia: PARDA
Nome da mãe: RAIMUNDA MARTINS NOGUEIRA DE LUCENA
Nome do pai: CICERO NOGUEIRA DE LUCENA
Rua/Av: ANATALIA DE MELO ALVES
Complemento: Cidade: MOSSORO
CEP: 59618115
Telefone: 84 88069019 84 88069019
Especialidade: CLINICA CIRURGICA
Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 215. 01
Responsável: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA -
Usuário: ANTONIO HELIO DA SILVA

Dt Nasc: 16/01/1980
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 16
Bairro: PAREDOES

Admissão: 05/09/2018 16:26:24 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S68.1 - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA)
(PARCIAL)
408060042 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 14.09.18
Francisco Dimas P. Torres.
SAME/ARQUIVO
Mot. 150.243-0

MOSSORO, 05 de Setembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**
Nº Sinistro: **3180547078**
Vítima: **PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**
Data do Acidente: **05/09/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ABEL ICARO MOURA MAIA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180547078**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13623729



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180547078

Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

Data do Acidente: 05/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.485,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 55%

% Invalidez Permanente DPVAT: (55% de 10%) 5,50%

Valor a indenizar: 5,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.485,00

Recebedor: **PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

Valor: **R\$ 1.485,00**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **0000022268-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Cálculo Exato

Atualização de um valor por um índice financeiro

Atualização de R\$6.750,00 de 29-Dezembro-2006 e 31-Janeiro-2019 pelo índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor ...

Valor atualizado: R\$13.333,24

Memória do Cálculo

Variação do índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor ... entre 29-Dezembro-2006 e 31-Janeiro-2019

Em percentual: 97,5295%

Em fator de multiplicação: 1,975295

Os valores do índice utilizados neste cálculo foram:

Dezembro-2006 = 0,62%; Janeiro-2007 = 0,49%; Fevereiro-2007 = 0,42%; Março-2007 = 0,44%; Abril-2007 = 0,26%; Maio-2007 = 0,26%; Junho-2007 = 0,31%; Julho-2007 = 0,32%; Agosto-2007 = 0,59%; Setembro-2007 = 0,25%; Outubro-2007 = 0,30%; Novembro-2007 = 0,43%; Dezembro-2007 = 0,97%; Janeiro-2008 = 0,69%; Fevereiro-2008 = 0,48%; Março-2008 = 0,51%; Abril-2008 = 0,64%; Maio-2008 = 0,96%; Junho-2008 = 0,91%; Julho-2008 = 0,58%; Agosto-2008 = 0,21%; Setembro-2008 = 0,15%; Outubro-2008 = 0,50%; Novembro-2008 = 0,38%; Dezembro-2008 = 0,29%; Janeiro-2009 = 0,64%; Fevereiro-2009 = 0,31%; Março-2009 = 0,20%; Abril-2009 = 0,55%; Maio-2009 = 0,60%; Junho-2009 = 0,42%; Julho-2009 = 0,23%; Agosto-2009 = 0,08%; Setembro-2009 = 0,16%; Outubro-2009 = 0,24%; Novembro-2009 = 0,37%; Dezembro-2009 = 0,24%; Janeiro-2010 = 0,88%; Fevereiro-2010 = 0,70%; Março-2010 = 0,71%; Abril-2010 = 0,73%; Maio-2010 = 0,43%; Junho-2010 = -0,11%; Julho-2010 = -0,07%; Agosto-2010 = -0,07%; Setembro-2010 = 0,54%; Outubro-2010 = 0,92%; Novembro-2010 = 1,03%; Dezembro-2010 = 0,60%; Janeiro-2011 = 0,94%; Fevereiro-2011 = 0,54%; Março-2011 = 0,66%; Abril-2011 = 0,72%; Maio-2011 = 0,57%; Junho-2011 = 0,22%; Julho-2011 = 0,00%; Agosto-2011 = 0,42%; Setembro-2011 = 0,45%; Outubro-2011 = 0,32%; Novembro-2011 = 0,57%; Dezembro-2011 = 0,51%; Janeiro-2012 = 0,51%; Fevereiro-2012 = 0,39%; Março-2012 = 0,18%; Abril-2012 = 0,64%; Maio-2012 = 0,55%; Junho-2012 = 0,26%; Julho-2012 = 0,43%; Agosto-2012 = 0,45%; Setembro-2012 = 0,63%; Outubro-2012 = 0,71%; Novembro-2012 = 0,54%; Dezembro-2012 = 0,74%; Janeiro-2013 = 0,92%; Fevereiro-2013 = 0,52%; Março-2013 = 0,60%; Abril-2013 = 0,59%; Maio-2013 = 0,35%; Junho-2013 = 0,28%; Julho-2013 = -0,13%; Agosto-2013 = 0,16%; Setembro-2013 = 0,27%; Outubro-2013 = 0,61%; Novembro-2013 = 0,54%; Dezembro-2013 = 0,72%; Janeiro-2014 = 0,63%; Fevereiro-2014 = 0,64%; Março-2014 = 0,82%; Abril-2014 = 0,78%; Maio-2014 = 0,60%; Junho-2014 = 0,26%; Julho-2014 = 0,13%; Agosto-2014 = 0,18%; Setembro-2014 = 0,49%; Outubro-2014 = 0,38%; Novembro-2014 = 0,53%; Dezembro-2014 = 0,62%; Janeiro-2015 = 1,48%; Fevereiro-2015 = 1,16%; Março-2015 = 1,51%; Abril-2015 = 0,71%; Maio-2015 = 0,99%; Junho-2015 = 0,77%; Julho-2015 = 0,58%; Agosto-2015 = 0,25%; Setembro-2015 = 0,51%; Outubro-2015 = 0,77%; Novembro-2015 = 1,11%; Dezembro-2015 = 0,90%; Janeiro-2016 = 1,51%; Fevereiro-2016 = 0,95%; Março-2016 = 0,44%; Abril-2016 = 0,64%; Maio-2016 = 0,98%; Junho-2016 = 0,47%; Julho-2016 = 0,64%; Agosto-2016 = 0,31%; Setembro-2016 = 0,08%; Outubro-2016 = 0,17%; Novembro-2016 = 0,07%; Dezembro-2016 = 0,14%; Janeiro-2017 = 0,42%; Fevereiro-2017 = 0,24%; Março-2017 = 0,32%; Abril-2017 = 0,08%; Maio-2017 = 0,36%; Junho-2017 = -0,30%; Julho-2017 = 0,17%; Agosto-2017 = -0,03%; Setembro-2017 = -0,02%; Outubro-2017 = 0,37%; Novembro-2017 = 0,18%; Dezembro-2017 = 0,26%; Janeiro-2018 = 0,23%; Fevereiro-2018 = 0,18%; Março-2018 = 0,07%; Abril-2018 = 0,21%; Maio-2018 = 0,43%; Junho-2018 = 1,43%; Julho-2018 = 0,25%; Agosto-2018 = 0,00%; Setembro-2018 = 0,30%; Outubro-2018 = 0,40%; Novembro-2018 = -0,25%; Dezembro-2018 = 0,14%.

Atualização

Valor atualizado = valor * fator = R\$6.750,00 * 1,975295

Valor atualizado = R\$13.333,24



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubearas, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

Processo nº: 0802321-87.2019.8.20.5106

AUTOR: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

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

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 improdutivo, 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 10(dez) 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 15(quinze) 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, 14 de fevereiro de 2019.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)