



Número: **0803110-32.2019.8.20.5124**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **4º Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública da Comarca de Parnamirim**

Última distribuição : **26/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 19.960,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|-------------------------------------|--------------------|---|-------------------|
| CARLOS CESAR SILVA FERREIRA (AUTOR) | | | |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU) | | ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 57429 407 | 08/07/2020 14:12 | Petição | Petição |
| 57429 408 | 08/07/2020 14:12 | 2598191_PETICAO_INTERLOCUTORIA_02 | Outros documentos |
| 57429 409 | 08/07/2020 14:12 | 2598191_PETICAO_INTERLOCUTORIA_Anexo_02 | Outros documentos |

Juntada de petição.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 4º JEC DA COMARCA DE PARNAMIRIM/RN

PROCESSO: 08031103220198205124

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 **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar e ao final requerer o que segue:

Inicialmente traz a colação cópia do processo administrativo finalizado com o pagamento da indenização devida no valor de R\$2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Assim, requer o arquivamento do feito, tendo em vista o trânsito em julgado, não havendo ulterior interposição de recurso.

Assim, requer seja certificado pela serventia do cartório deste Juízo o trânsito em julgado, e por conseguinte, **proceda-se a baixa do processo no cartório distribuidor, e o subsequente arquivamento dos autos.**

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PARNAMIRIM, 7 de julho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 089.169.952-72 Nome completo da vítima: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

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

Nome completo: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA CPF: 089.169.952-72

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA PARANG DAS FLORES Número: 32 Complemento: CASA 7

Bairro: PARANG DAS FLORES Cidade: NOVA PARNAMIRIM Estado: RN CEP: 59154-230

E-mail: FRANCISCASELIROS@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 84 99980.2330

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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)

AGÊNCIA: 4882 CONTA: 000-011.003 (4)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vítimo 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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: PARANAMIRIM, 08/02/2019

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

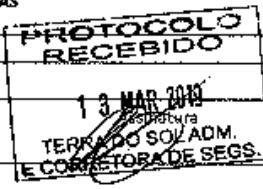
CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

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.

FPS.001 V001/2018



CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

AGÊNCIA: 4882

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 000.011.003-4



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito

VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101028 foi registrado em nosso banco de dados em 29/11/2018 às 08:56:11 com o código de controle IDC|

NOVA CONSULTA





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 de VIOLENTE de TRÁNSITO
BOAT 101028

1 - DADOS DA DATA

Local AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO Bairro NOVA PARNAMIRIM
Cidade/UF PARNAMIRIM P. Ref. CLUBE DA PETROBRAS
Data 24/11/2018 Hora do acidente 12:20 Hora do registro 14:00 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEICULO 01

Placa ou Chassi 860 0761 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. HYUNDAI CRETA 2.0 Cor CINZA Ano 2017 12018
Proprietário DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nascimento 13/03/1982
Endereço R. ROSILDA MELO Nº 129 Fone 99635 9427
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF Nº 049.808.534-12 CNH Nº 05728986262 Validade 23/11/2022 Categoria B
Local de Trabalho MATERIDADE JAVARIO CICCQ Fone
End. AV. PRUDENTE DE MORAIS Nº Bairro Cidade

4 - VEICULO 02

Placa ou Chassi 4142 (FINAL CHASSI) Cidade UF
Marca/Mod. SHINERAY Cor PRETA Ano 1
Proprietário CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Data de Nascimento 21/07/1975
Endereço R. PA DAS FLORES CASA 7 Nº 22 Fone 98822 4963
Bairro CONS. PO DAS ARVORES V. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF Nº 889.269.952-72 CNH Nº Validade 1-1-1 Categoria
Local de Trabalho AUTONOMA Fone
End. Nº Bairro Cidade

PROTÓCOLO
RECEBIDO

13 MAR 2019

TERÇA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

Nº de Ocupantes

Data de Nascimento 1/1/1

Fone

Cidade UF

Validade 1/1/1 Categoria

Fone

Cidade

5 - VEICULO 03

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

6 - VEICULO 04

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

Autenticação Nº do Boletim: 101028 Nº da Ocorrência: 698824 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 1DCD5A9C15552770



1. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / CIDADE SATELITE **Em que faixa?** _____

Versão do condutor ALEGA QUE: AO SAIR DA ACADEMIA BURN FIT OBSERVOU O FLUXO DE VEÍCULOS E VISUALIZOU VII. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRAS P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VI COLIDINDO EM VI.

Assinatura do Condutor do V1: [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / AYRTON SENA **Em que faixa?** DIRETA

Versão do condutor ALEGA QUE: TRAFEGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDA POR VI. SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101. NÃO ESPERANDO VI PASSAR JA QUE VIAVA NA PREFERENCIAL. VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V2: [Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3: _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4: _____

Autenticação Nº do Boletim: 101028 Nº da Ocorrência: 698824 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 1DCD5A9C15552770

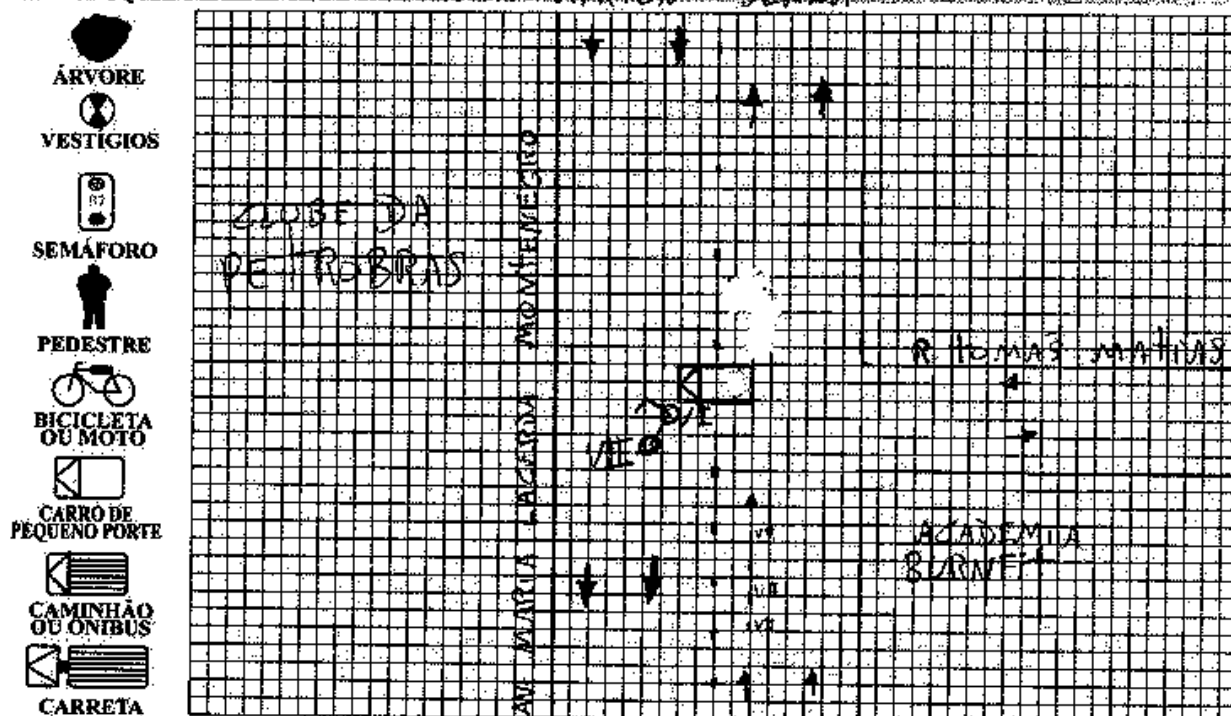


101028

8 - CONDIÇÕES DA VIA

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|
| Luminosidade | Cond./Tempo | Tipo de Pista | Caract./Pista | Cond./Pista | Sinalização |
| <input type="checkbox"/> Ambrascendo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto | <input type="checkbox"/> Reta | <input checked="" type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Inexistente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pleno-Dia | <input type="checkbox"/> Nublado | <input type="checkbox"/> Paralelepípedo | <input type="checkbox"/> Curva | <input type="checkbox"/> Molhada | <input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito |
| <input type="checkbox"/> Ambrascendo | <input type="checkbox"/> Chuva | <input type="checkbox"/> Concreto | <input type="checkbox"/> Ative Ingrete | <input type="checkbox"/> Inundada | <input type="checkbox"/> Do Semáforo |
| <input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Nebulosa | <input type="checkbox"/> Cascalho | <input type="checkbox"/> Ative Suave | <input type="checkbox"/> Poças D'água | <input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre |
| <input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Terra | <input type="checkbox"/> Declive Ingrete | <input type="checkbox"/> Oleosa | <input type="checkbox"/> Linha <u>TACHAS</u> |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente | | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Declive Suave | <input type="checkbox"/> Enlameada | <input type="checkbox"/> Placa(s) |
| | | | <input type="checkbox"/> Lombada | <input type="checkbox"/> Em Obras | <input type="checkbox"/> Lombada eletrônica |
| | | | <input type="checkbox"/> Cruzamento | <input type="checkbox"/> Com Buraco | <input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>50</u> KM/H |
| | | | <input type="checkbox"/> Rotatória | <input type="checkbox"/> Com Areia | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Retorno | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Bifurcação | | <input type="checkbox"/> |

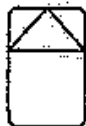
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON SENA



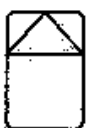
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO NOVA PARANAMIRIM

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO, PARA-CHOQUE DIANTEIRO, CAPÔ



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Nº do Boletim: 101028 Nº da Ocorrência: 698824 Data Registro: 28/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 1DCD5A9C15552770



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 089.169.952-72 Nome completo da vítima: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

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

Nome completo: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA CPF: 089.169.952-72

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA PARABUG DAS FLORES Número: 22 Complemento: CASA 7

Bairro: PARABUG DAS FLORES Cidade: NOVA PARNAMIRIM Estado: RN CEP: 59154-030

E-mail: FERNANDASENEVES@HOTMAIL.COM Tel. (DDD): 84 9.9930-2330

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4882 CONTA: 000.011.003 (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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) ☐ Divorçado ☐ 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

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

Ingresso em vigor em 01/01/2019

Local e Data: PARANAMIRIM, 08/07/2020

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º 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.

FPS.001 V001/2018



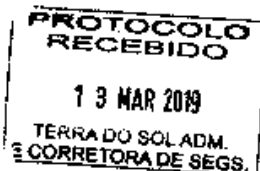


ato declaratório

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrado a ocorrência Nº 106938/1 referente ao paciente **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, 44 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 24/11/2018 em Parnamirim. Conforme ficha anexa.



Natal, 18 de fevereiro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



Data: 24/11/2018

Nº: 106038/1

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA

Rádio Operador: FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 29 (MACAÍBA)

Médico Regulação: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Médica Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: LUIZ HENRIQUE NOBRE LOPES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ISAC MARCIO DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: ADRIANO

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Paciente:

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Idade: *

43 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889689 Longitude: -35.2082431

Nº: VP

Endereço: AV MARTA LACERDA

Bairro:

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Referência/Complemento: NA LATERAL DO CEEP EM FRENTE A ACADEMIA BONIFÉ

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

24/11/2018 13:10:36 - Dr(a). TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO-MOTO COM CAPACETE. CONSCIENTE ORIENTADA. SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA. COM DOR NO PUNHO ESQUERDO. DOR NO OMBRO. E DOR PRÓXIMO SEM SINAIS DE FRATURA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: ATENDIMENTO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 010000

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/11/2018 13:10:09 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: RETIFICANDO NOME DA ACADEMIA "BURNEFITNES"Data: 24/11/2018 13:18:56 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: DESDE LIBERAÇÃO SEM VTR DISPONÍVEL AGUARDANDO QRV.Data: 24/11/2018 13:23:06 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: SEM VTR PRA COBRIR ESTA OC EM PARNA E MACAIBA. VTR + PROXIMA EM QRV USB29 SGA ACIONADA PRA ESTA OC.Data: 24/11/2018 13:31:28 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: SAIU DA BASE MACAIBA DE 13:23, ÚNICA VTR DISPONÍVEL.Data: 24/11/2018 14:19:56 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: CONTATO EFETUADO COM ENFERMADIA O MESMO PEDE PRA LIGAR DAQUI A 40 MINUTOS MAS QUE O PACIENTE PODERIA SER ENCAMINHADO.Data: 24/11/2018 15:16:24 Usuário: (RADIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Observação: Controle de frota: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/07/2020 14:12:28

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814122826900000055178075>

Número do documento: 20070814122826900000055178075

HORÁRIOS DO CHAMADO

| | | | | |
|--------------|-------------------|--------------------|----------------|----------------|
| Chamado: | Regulação Médica: | Solicitação VTR: | Saída VTR: | Chegada Local: |
| 24/11/2018 | 24/11/2018 | 24/11/2018 | 24/11/2018 | 24/11/2018 |
| 13:08:26 | 13:10:36 | 13:20:33 | 13:24:42 | 13:50:00 |
| Saída Local: | Chegada Destino: | Liberação Destino: | Liberação VTR: | |
| 24/11/2018 | 24/11/2018 | 24/11/2018 | 24/11/2018 | |
| 14:15:00 | 14:35:00 | 15:16:16 | 15:16:18 | |

Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

24/11/2018 14:11:07 - CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
PROTOCOLO DE TRAUMA

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQU

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

P:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☒ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCENÇAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VULNERABILIDADE A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não



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: | 03/06/2019 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.531,25 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04882

CONTA: 000000011003-4

Nr. da Autenticação C09BD5F98BA64519



Declaração de Residência

Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

Eu, Fernanda Cristina Flor Linhares portador do
CPF nº 04.154.952-72, declaro para fins de Certificação Digital que
resido no seguinte endereço:

Rua/Av./Trav: Rua Baronesa das Flores

Nº 10 CEP: 13.130-000

Bairro: Parque das Flores

Cidade: Itapecuru Mirim

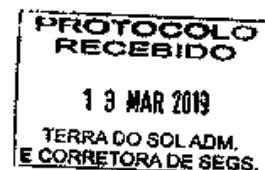
UF: PA

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais
a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarar não porte estritamente a
verdade.

Data: 29/05/14

Fernanda Cristina Flor Linhares

Assinatura





PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAD
COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - CAS

Font: 2851

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------|--|
| FICHA Nº | | SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE VOTANTES | | | | UF <u>RN</u> | |
| ENDEREÇO <u>Rua Barão dos Freixos 22 - Casa 07</u> | | NÚMERO <u>10711</u> | BAIRRO <u>Barão dos Freixos</u> | | CEP <u>51911-514-12130</u> | | |
| MUNICÍPIO <u>RN 1032511</u> | SEGMENTO <u>1011</u> | ÁREA <u>10411</u> | MICROÁREA <u>102</u> | FAMÍLIA <u>111</u> | DATA <u>27-4-11</u> | | |

[illegible][illegible]

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
'CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase
MAL - Malária

Claudia Francisca da Silva
Diretora
MATRÍCULA 8850

MATRÍCULA 8850

Atsuko



**Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda**

Insc. Estadual: 20.083.236-0
CNPJ: 02.952.192/0001-51
Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
SAC: 2010.2010 - 10600
FAX: 2010.9010 | DEF. AUDIÇÃO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21

Série Única CFOP 5307

nº 24827

Data de emissão: 01-02-2019

Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES
Endereço: R SADI MENDES 1022-A
Bairro: SANTOS REIS Município: Parnamirim
CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: 59141-085
Insc. Est:

CABOTELECOM**Discriminação dos Serviços**

LINK Provedor Supercabo (6VA) 5 MEGAS - 15 ANOS
Intercabo (SCM) 5 MEGAS - 15 ANOS
Velocidade Promo navegação 20 Megas
Cabo Fone New 200 F
Chamadas LDM
Chamadas Originadas
Serviço Wi-Fi

| Mês de Referência | Quant. | Valor | Impostos Inclusos |
|-------------------|--------|-------|-------------------|
| 01-01 a 31-01 | 1 | 39,80 | 3,68 |
| 01-01 a 31-01 | 1 | 30,95 | 10,42 |
| 14-12 a 13-01 | 1 | 12,84 | 3,85 |
| 14-12 a 13-01 | 1 | 10,49 | 3,53 |
| 14-12 a 13-01 | 1 | 1,27 | 0,43 |
| 14-12 a 13-01 | 1 | 8,90 | 1,28 |

NF 104,25

Encargos

0,00

Débito Ref. NF

0,00

Crédito/Pagamento Ref. NF

0,00

TOTAL A PAGAR**104,25****VENCIMENTO****06-02-2019**

Valor da Mensalidade

104,25**Informações Importantes**

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se à nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br.

O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

Os cinco últimos registros de atendimento

13077277
13046686
13044562
13044541
13044471

Base de Cálculo

55,55

Alíquota

30%

Valor do ICMS

16,67

Reservada ao FISCO

7f83.e72d.5525.26e9.9ac1.5093.ff82.a145

Sem repasse para os novos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos, Regime Especial nº 430/2004 CAT Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto nº 17.615 de 30/05/2004. Telefone gratuito ANATEL-1321. PROCOM/Natal - R. Uígio Bartolomeu, 542, Cidade Alta, Tel. 3232-9050.

Itan 341 34191.09156 55464.379316 43285.770004 2 77920000010425

Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA

Prorrogado para: 06-02-2019

| Data do documento: | Número do documento: | Especie do documento: | Acabte | Data processamento | Carteira | Agência Cedente |
|--|----------------------|-----------------------|--------|--------------------|----------|--------------------------------|
| 01-02-2019 | 24827 | 17 | S | 01-02-2019 | 109 | 9314/32857-7 |
| Instruções: | | | | | | Nosso Número 109/15554643-7 |
| Atenção: não receber após 30 dias de vencimento. | | | | | | Valor do Documento 104,25 |
| Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES Endereço: R SADI MENDES 1022-A | | | | | | Valor cobrado |

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Rótulo compensação

Código de Baixa





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ ROBERTO FERREIRA DOS REIS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 913.039.704 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Endereço: <u>RUA SADI MENDES</u> | Número: <u>4022</u> | Complemento: <u>A</u> |
| Bairro: <u>SANTOS REGIS</u> | Cidade: <u>PARANAMIRIM</u> | Estado: <u>RN</u> |
| E-mail: <u>FERNANDESECURES@hotmail.com</u> | CEP: <u>59.891.085</u> | Tel.(DDD): <u>84 9 9930.2330</u> |

Local e Data: PARANAMIRIM, 13 DE FEVEREIRO DE 2019.


Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO
13 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

DLDR001 V001/2017



SOS - 7 e si Acou sempre
tel. 98800 4963



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

21

NOME:

Cecília Cesar Silva Ferreira

IDADE:

43 anos

COR:

SEXO:

femea

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Av. São José dos Reis, 12 Casa 7 Colégio

Bairro:

CIDADE:

Parnamirim

DATA:

24/11/2018

HORA:

14h00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Procedente de queda pelo JAMU no lado de cabeça no topo como de baixo um impacto de não se lembra de quem de

EXAME FÍSICO

do em punho (E) e joelho (D)

A: Vias aéreas patentes, sem cervicalgia

B: MMJ em AHT, DRA

C: RCR em 21, BNF. FC: 78 ACD: plano,

Alcado e indolores. Pulso estável e indolores

D: Glasgow 15, sem defeito, pupilas isocóricas

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
| | 160 x 100 | 20 | 15 | 98.0003 | | 82 |

PROTÓCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Crânio



A large \circ Bacteria

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA | <input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> ORTOPEdia | <input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL | <input type="checkbox"/> UROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA | <input type="checkbox"/> OTORRINO | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA | <input type="checkbox"/> |

CONDUTA

- R α do ~~transverso~~ punho (E) e Joelho (D)

Voltar em 75 ng I de

Ava da Otopedite

- Alto da C.G.

- Tala axila - por 75% s/fix

(E)

Luz Cláudia
Clínica de Anestesiologia
CIMA/RH-856

- Paciente em tratamento com medicação 5 IN. / 100ml
- ortopedia / Paciente com fratura
rédio distal

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL

☒ INTERNADO NO SERVIÇO

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS | | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ortopedia</u> | | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____ | |
| RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÔBITO ____/____/____ | | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ | | A REVELIA <input type="checkbox"/> | |
| ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> | | S.V.O. <input type="checkbox"/> | | L.T.E.P. <input type="checkbox"/> | |
| Dr. Gustavo Perzi Médico CRM-RN 7794 | | | | | |
| MÉDICO (Carimbo) | | CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) | | | |





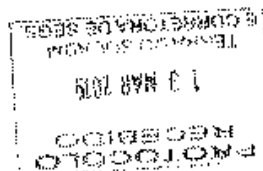
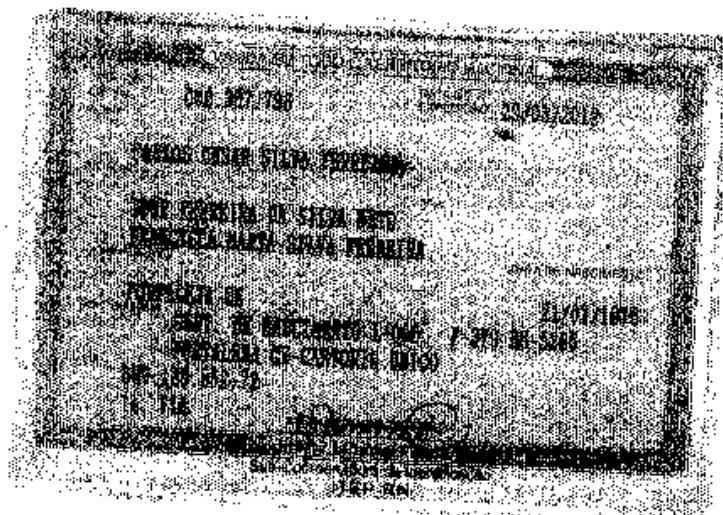
PEDIDO DE PARECER

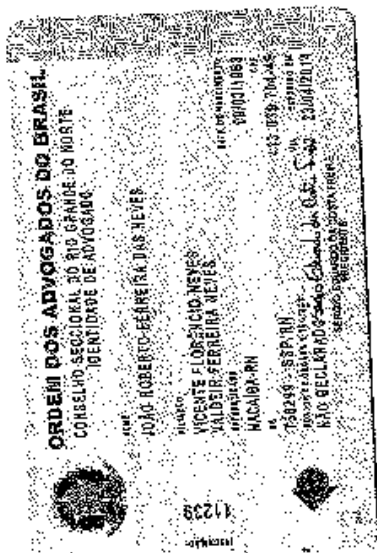
| | |
|---|----------------------------------|
| Unidade Solicitante: _____ | Município: _____ |
| Paciente: <u>Leandro Silva Fom</u> | Prontuário: _____ |
| Motivo da Consulta: <u>Paciente vítima de queda com fratura de</u> <u>osso da mão em punho (E) e</u> <u> Joelho (D)</u> <u>ATC do Cirurgião</u> | |
| <u>[Assinatura]</u> Médico | CRM: _____ Data: <u>24.11.18</u> |
| Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u> | |
| Consulta marcada para a Unidade: _____ | Município: _____ |
| Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ | |

RESPOSTA DE PARECER

| | |
|--|----------------------------------|
| Unidade Solicitante: _____ | Município: _____ |
| Paciente: _____ | Prontuário: _____ |
| (Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões) | |
| <u>Vítima de queda nota x curvatura</u> <u>apresentando deformidade em punho</u> <u>(E) e DX com fratura em rádio</u> <u>distal do tipo BARTON VOLAR com</u> <u>indicação de cirurgia.</u> | |
| Diagnóstico: <u>Fratura do rádio distal (E)</u> | CID: <u>S52.5</u> |
| <u>[Assinatura]</u> Médico | CRM: _____ Data: <u>24.11.18</u> |
| Retornar à clínica solicitante: _____ | Unidade: <u>CONEXÃO</u> |
| Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____ | |







**PROTOCOLO
RECEBIDO**

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA, brasileiro, solteiro, autônomo, com o RG sob o nº 003.387.796, com o CPF sob o nº 889.169.952-72, residente e domiciliado à Rua Parque das Flores nº 22 Casa 7, Parque das Árvores, Nova Parnamirim, Parnamirim/RN

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do Sinistro, acompanhar andamento do processo e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

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

Parnamirim/RN, 18 de fevereiro 2018.

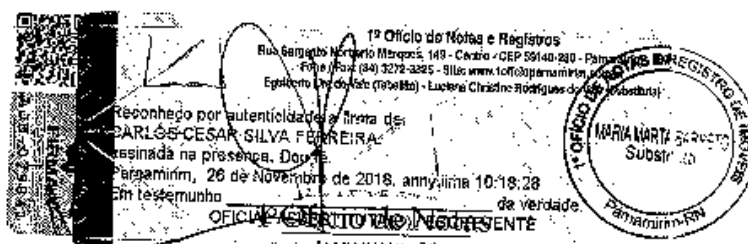
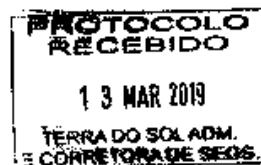
1º Ofício de Notas



CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085417/19

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF: 889.169.952-72

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES : 413.039.704-49

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

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA : 889.169.952-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA





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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00857/00858 - carta_03 - INVALIDEZ

00070429



Carta nº 14059461





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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

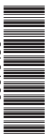
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00859/00860 - carta_03 - INVALIDEZ

00070430



Carta nº 14060702





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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14060703

Pag. 01747/01748 - carta_01 - INVALIDEZ

00020874

