



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
57429 407	08/07/2020 14:12	<u>Petição</u>
57429 408	08/07/2020 14:12	<u>2598191_PETICAO_INTERLOCUTORIA_02</u>
57429 409	08/07/2020 14:12	<u>2598191_PETICAO_INTERLOCUTORIA_Anexo_02</u>

Juntada de petição.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/07/2020 14:12:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814122771000000055178073>
Número do documento: 20070814122771000000055178073

Num. 57429407 - Pág. 1



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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL: **CPF da vítima:** **Nome completo da vítima:**
089.169.952-72 CARLOS CESAR SILVA FERRAZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: **CARLOS CESAR SILVA FERRAZ**
 Profissão: **Autônomo** Endereço: **Av. PARQUE DAS FLORES**
 Bairro: **PARQUE DAS FLORES** Cidade: **NOVA PATUARINHA** Estado: **RN**
 E-mail: **franciscosilvaos@hotmail.com**

CPF: **089.169.952-72** Número: **22** Complemento: **Casa 7**
 CEP: **59154-030** Tel.(DDD): **84** Tel.(P): **9 9930-2330**

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCIÃO 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: **4862** CONTA: **000-001-003-4**

(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 Lider 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 do 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/71, 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 Víviro 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Imprimir
a pta da
vítima ou
beneficiário
não é
obrigatória

Local e Data, **Patuá, 18/02/2019**
 Nome: **CARLOS CESAR SILVA FERRAZ**
 CPF: **089.169.952-72**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **PROTÓCOLO RECEBIDO**
 CPF: _____

2º | Nome: **TERRA DO SOL ADM.**
 CPF: **LE CORRETORA DE SEGS.**

(*) Assinatura de quem assina A RODO
CARLOS CESAR SILVA FERRAZ
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio 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
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPR

BOLETIM DE Ocorrência de Trânsito
BOLETIM 101028

1. Dados da Ocorrência

Local AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO Bairro NOVA PARNAMIRIM
Cidade PARNAMIRIM P. Ref. CLUBE DA PETROBRAS
Data 24/11/2018 Hora do acidente 12:20 Hora do registro 16:00 Dia da semana SABADO

2. Causas da Ocorrência

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

3. Veículo 1

Placa ou Chassi 860 0761 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. HYUNDAI CRETA 201 Cor. CINZA Ano 2017 / 2018
Proprietário JENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor JENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nasc. 13/03/1982
Endereço R. ROSILDA MELO N° 129 Fone 9 4635 9427
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF/Nº 0219 308 534-12 CNH N° 05728986262 Validade 23/11/17 / 2022 Categoria B
Local de Trabalho MATERMÍDIAE JANUARIO CICCO Fone _____
End. AV. PRUDENTE DE MORAIS N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4. Veículo 2

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 Nasc. 21/07/1975
Endereço R. PA DAS FLORES CASA 7 N° 22 Fone 9 8803 4963
Bairro CONT. PA DAS ÁRVORES N.º PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 889.269.952-72 CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO
RECEBIDO

5. Veículo 3

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor. _____ Ano. 1
Proprietário _____ C.º _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1 / 1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6. Veículo 4

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor. _____ Ano. 1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1 / 1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação N° do Boletim: 101028 N° da Ocorrência: 698824 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 10CD5A9C15552770



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 RUE: AO SAIR DA ACADEMIA BURN Fit OBSERVOU O FLUXO DE VEÍCULOS E VISUALIZOU VII. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRA P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VII COLIDINDO EM VI.

Assinatura do Condutor do V1

Gláucia Santos

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

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / AYRTON SENNA Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor: ALEGA RUE: TRAFFGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDA POR VII, SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101, MAS ESPERANDO VII PASSAR JÁ QUE VINHA NA PREFERENCIAL. VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V2

Gláucia Santos Gláucia Santos

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

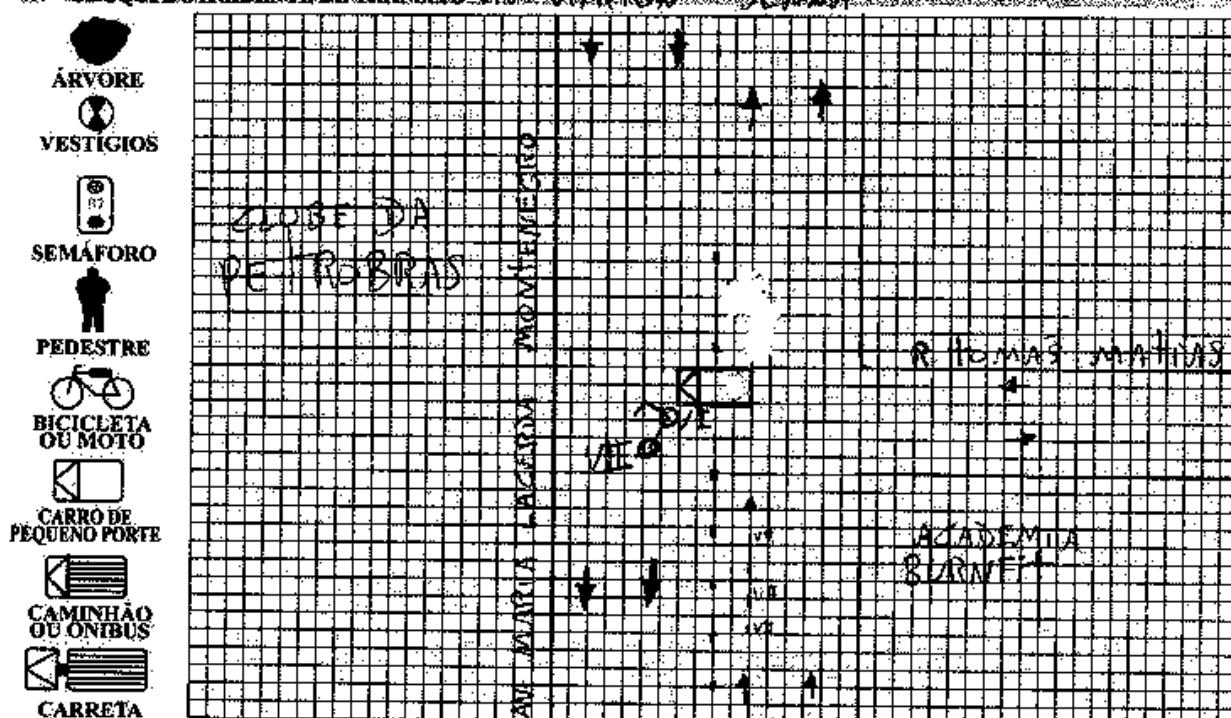


101028

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caret./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer/	<input checked="" type="checkbox"/> Bem	<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 checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Ao anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Áclice Íngreme	<input type="checkbox"/> Intundida	<input type="checkbox"/> Do Semaforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ou Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulus	<input type="checkbox"/> Cascatão	<input type="checkbox"/> Áclice Suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e/ou Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<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"/> Estremecida	<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. Permitida <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 type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> Entrave/encanamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

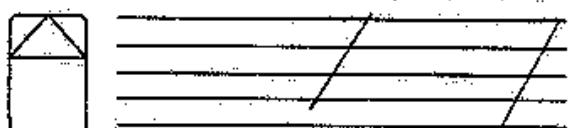
9 - CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. JOSÉ VIEIRA DE SÁ KM 0,000



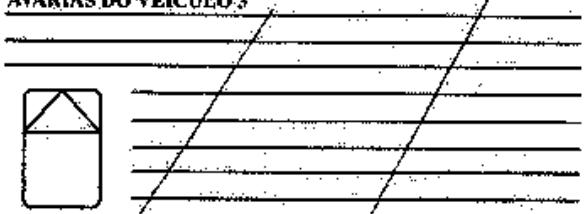
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO / MOVE / FABRICA MATERIAIS

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO: PARA-CHUVEIRO DIANTEIRO, APÓ

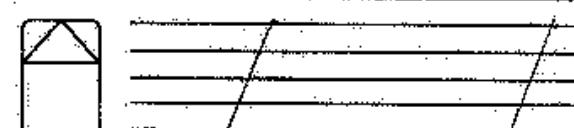


AVARIAS DO VEÍCULO 3

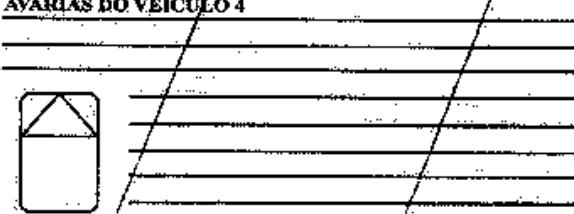


AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



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



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

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

Número do documento: 20070814122826900000055178075

Num. 57429409 - Pág. 6



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:	Nome completo da vítima:		
	889.169.962-72	CARLOS CESAR SILVA PERREIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:	889.169.962-72	
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:	
Autônomo	Rua Paraguai das Flores	22	Casa 7	
Bairro:	Cidade:	CEP:	59154-030	
Parque das Águas	Nova Parnamirim	120	Tel.(DDD): 84 39930-2330	
E-mail: franciscosilva05@hotmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 000.000.003 (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 atende 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 do 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 devidamente, 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 da
 vittima
 em
 casa
 quando
 o
 acidente
 ocorreu
 (data)

Local e Data: PARNAMIRIM, 08/03/2019
 Nome: CARLOS CESAR SILVA PERREIRA
 CPF: 889.169.962-72

(*) Assinatura de quem assina o RODO
 Carlos Cesar Silva Perreira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: PROTOCOLO RECEBIDO CPF: _____	2º Nome: TERRADO SOL ADM. CPF: _____
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica 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



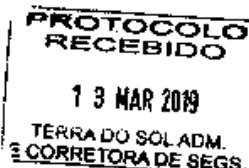


ato declaratório

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 N° 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



Nº: 106038/1

Data: 24/11/2018

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA

Médico Regulação: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Rádio Operador: FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDÔ

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 29 (MACAÍBA)

Equipe VTR: LUIZ HENRIQUE NOBRE LOPES - CONDUTOR DE VÉHICULO DE
EMERGÊNCIA
ISAC MARCIO DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
---------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	--------------------

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Solicitante: ADRIANO

Nome do Paciente:
CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Idade: *

43 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889889 Longitude: -35.2082431

Nº: VP

Endereço: AV MARIA LACERDA

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Bairro:

Referência/Complemento: NA LATERAL DO CEEP, EM FRENTE A ACADEMIA BONIEL.

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DÉOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

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

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Local:

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Histórico Regulação Médica:

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

APL: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO
REGULACAO: 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: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 070001

Apelos:

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: (RÁDIO 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: (RÁDIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: SEM VTR PRA CUBRIR ESTA OC EM PARNAMIRIM. VTR + PRÓXIMA EM QRV USB29 SGA AÇÃOADA PRA ESTA OC.

Data: 24/11/2018 13:31:28 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: SAIU DA BASE MACAÍBA DE 13:23, ÚNICA VTR DISPONÍVEL.

Data: 24/11/2018 14:19:56 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: CONTATO EFETUADO COM ENFERMAGEM O MESMO PEDE PRA LIGAR DAQUI A 40 MINUTOS MAS QUE O PACIENTE PODERIA SER ENCAMINHADO.

Data: 24/11/2018 15:16:24 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Observação: Controle de frota: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDM



HORÁRIOS DO CHAMADO

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

Observação do Atend:

CONDUTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

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

PROTÓCOLO DE TRAUMA

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARANAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DE OCÉLIO MARQUES

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

P:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Zero

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

PERÍCIA/ROS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

Sim Não

10



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

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

Número do documento: 20070814122826900000055178075

Num. 57429409 - Pág. 10

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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/07/2020 14:12:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814122826900000055178075>
Número do documento: 20070814122826900000055178075

Num. 57429409 - Pág. 11

Declaração de Residência

Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

Eu, José Cesar da Silva Ferreira, portador do CPF nº 074.164.452-72, declaro para fins de Certificação Digital que resido no seguinte endereço:

Rua/Av./Trav: Rua Parque das Flores

Nº 100 CEP: 59020-000

Bairro: Parque das Flores

Cidade: Porto Murtinho

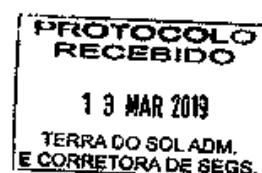
UF: MS

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto acuí declarer não perte estritamente à verdade.

Data: 29/05/14

José Cesar Silva Ferreira

Assinatura





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



Coordenação de Atendimento à Saúde

Front: 2851

FICHA DE CADASTRO		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE CADASTRO			UF: <u>RN</u>
ENDERECO:		NUMERO	BAIRRO	CEP	
Av. Boa Vista, nº 32 - Casa 07		<u>10711</u>	<u>João pessoa</u>	<u>51911514-1213/01</u>	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA
<u>RN/1013215141</u>	<u>101</u>	<u>10411</u>	<u>012</u>	<u>111</u>	<u>21-11-11-01</u>

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS CONHECIDAS	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO	PROFISSÃO	EDUCACIONAL
Barros Cesar Silva Ferreira	21.07.75	43	M	Artesanato	—

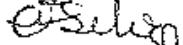
Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

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

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

HAN - Hansenase
MAI - Malaria

HAN - Hanseníase **Cláudia Francisca da Silva**
MAL - Malária **Diretora**
MATRÍCULA 8850





Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda
 Ins. Estadual 20.063.296-0
 CNPJ: 02.952.192/0001-61
 Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
 Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
 SAC: 20102010 - 1600
 FAX: 2010.9010 | DIF. AUDITIVO: 0300.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações
 Modelo 21
 Série única CFCP 5307
 N° 24827
 Data da emissão: 01-02-2019

Usuário: 1734702 João 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

Disfrutando dos Serviços

LINK Provedor Supercablo (6VA) 5 MEGAS - 15 ANOS
 Intercab (SCM) 5 MEGAS - 15 ANOS
 Velocidade Promo navegação 20 Megas
 Cabo Eone New 200 F
 Chamadas LDN
 Chamadas Originadas
 Serviço Wi-Fi

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos	NF
01-01 a 31-01	1	39,80	3,68	104,25
01-01 a 31-01	1	30,95	10,42	
14-12 a 13-01	1	12,84	3,65	
14-12 a 13-01	1	10,49	3,53	
14-12 a 13-01	1	1,27	0,43	
	1	8,90	1,28	
				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 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.

PROTÓCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Os cinco últimos registros de atendimento

13077277
13046680
13044562
13044541
13044871

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS	Reservada ao RISCO
55,55	30%	16,67	7f83.e72d.5525.26e9.9ac1.5093.ff82.a145

Seu repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNITEL 0,9% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 430/2004 - CNT. Base de cálculo do ICMS dos serviços de TV para assinatura reduzida em 60%, conforme decreto nº 17.615 do 30/05/2004. Telefone gratuito AMATEL-1531. PROCOM/Natal - R. Virgílio Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel. 3232-9050.

Itan	341	33191.09156	55464.379316	49285.778004	2	77920000010425
------	-----	-------------	--------------	--------------	---	----------------

Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA						Promovido para: 06-02-2019
Data do documento: 01-02-2019	Número do documento: 24827	Espécie do documento: 17	Ato/At: S	Data processamento: 01-02-2019	Códica: 109	Agência Cedente: 9314/32857-7
Instituição:						Nosso Número: 109/15554643-7
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento: 104,25
Usuário: 1734702 João Roberto Ferreira NEVES						Valor cobrado: 104,25
Endereço: R SADI MENDES 1022-A						
SANTOS REIS 59141-085						

Autenticação

Réplica de comprovação

Código de Baixa



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

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

Número do documento: 20070814122826900000055178075

Num. 57429409 - Pág. 14



**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: 4020-1595 / 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 822 12 06 | Central Olívivida: 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.cultura.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCONJUGAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por questões de fiscalização, é de sua responsabilidade fornecer as informações ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N.º 9.513/98.

Pelo exposto, eu, JOSÉ ROSENTO FERREIRA DOS NEVES,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 913.039.746 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ESPAÇOS CÉSAR SILVEIRA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.162.952/72.

do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDOS da Vítima CARLOS CEDAR SICILA FERREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.959-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 500, I, do Código Penal.

Endereço: Av. São Manoel	Número: 1022	Complemento: A
Bairro: SANTOS RÉIS	Cidade: PARANAMIRIM	Estado: RN
E-mail: carlosreisccc@uol.com.br	CEP: 59143-085	Tel.(DDD): 84 9 9830-2330

Fonte: Poder Executivo de Pernambuco - 2019.


Assinatura do Declarante

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

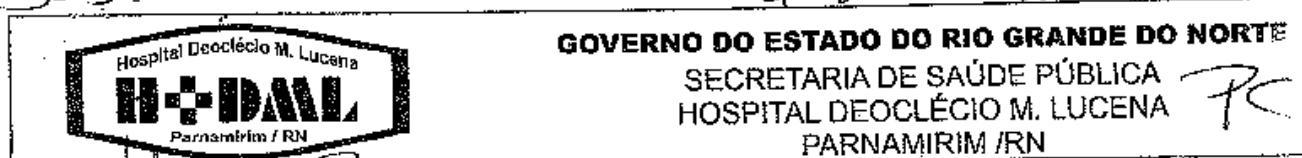
SP-SPS-001-V001/2017



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/07/2020 14:12:28
<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081412282690000055178075>
Número do documento: 2007081412282690000055178075

Núm. 57429409 - Pág. 15

SOS e si Acom saeppaceu
tel. 98800 4963



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

PK

Mde - ?

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 21

NOME: Cecília Cesaria Siqueira

IDADE: 43 anos COR: SEXO: FESTO CIVIL: S

NATURALIDADE: Prof. Dr. José de Souza
PROFISSÃO: Prof. Dr. José de Souza
PROCEDÊNCIA: Prof. Dr. José de Souza

ENDEREÇO: Rua José de Souza, 47, Centro
BAIRRO: Centro

CIDADE: Parnamirim DATA: 04/11/2018 HORA: 14:00:00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

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)
Piscante torno do lado esquerdo devido de tosse constante de baixo impacto de desmaio no ventre de queixa de

EXAME FÍSICO: dor em pontos () - dor ()

A: Vozes aeradas, dor cervical
B: MJO em AHT, DIA
C: dor em ZI, BNF, FC: 78, ABD: flaco, flácido e indolor. Pélvis estéril e indolor. O gineco IR, sem defeitos, pupilas lisas e

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	160x100	20	15	98.50/0		82

PROTÓCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Imane



EXAMES COMPLEMENTAIRES

Allegro - Rovner

Ass. do Responsável

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

- Rx do ~~tratamento~~ ponto (G) - joelho (D)
7 Voltar em 75 mg I.M.
1/1 Av. do Ortopédico
- Alt. do C.G.
- tala axilo - polsoni (E) - straight
- pain no dor à medicação
- ortopédica, paciente com Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM <i>01/01/2010</i>
HORA _____ HS		HORA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Dr. Gustavo Pezzi</i> <small>MEDICO</small> <small>CRM-RN 07794</small>		
MEDICO (Carimbo)		
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		





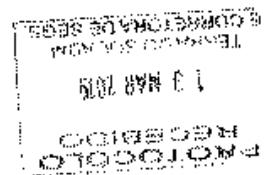
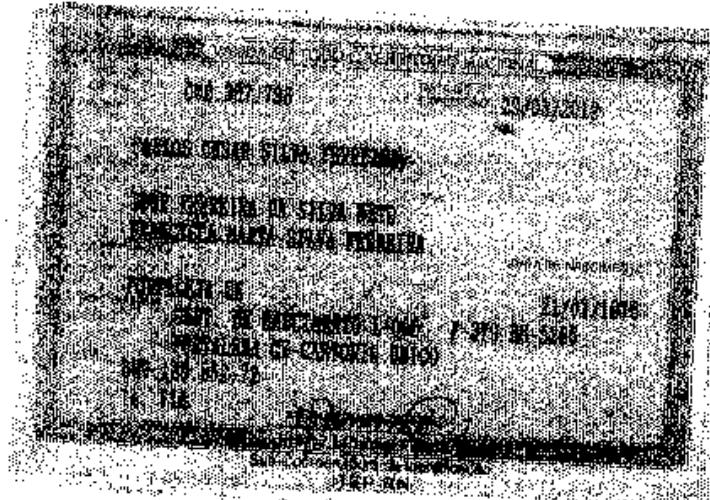
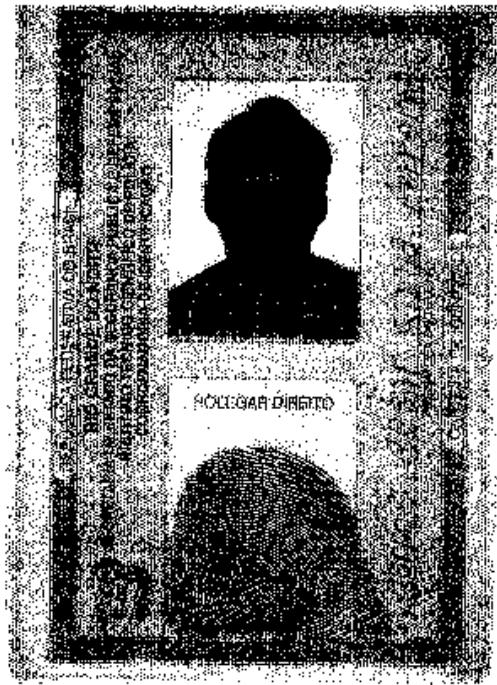
PEDIDO DE PARECER

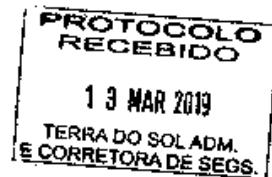
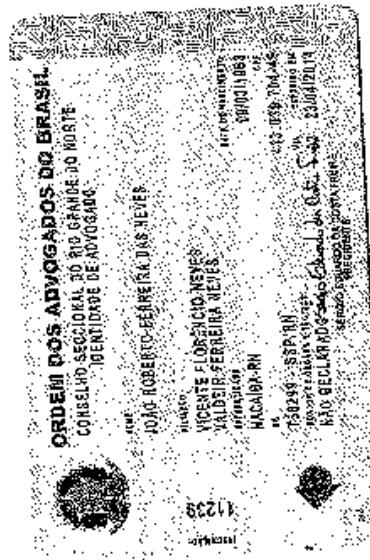
Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: Denis Leon S. de F. Forn	Prontuário:
Motivo da Consulta: Paciente Vítima Colisão moto com carro em ponto (E) de Salto D AFC de Cirurgia	CRM: 24.11.18 Data
Encaminhado à especialidade: Dr. Hugo L.	Município:
Consulta marcada para a Unidade:	Município:
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia / / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
Vítima de colisão moto x carro apresentando deformidade em ponto E i D x com fratura em rádio distal do i D BASTON voar com indicação de cirurgia.	
Diagnóstico: Fratura do rádio distal E	CID: S52.5
Dr. Gustavo Peixoto Médico CRM/RN 27.744	CRM: 24.11.18 Data
Retornar à clínica solicitante:	Unidade: CONCEIÇÃO
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia / / /







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.

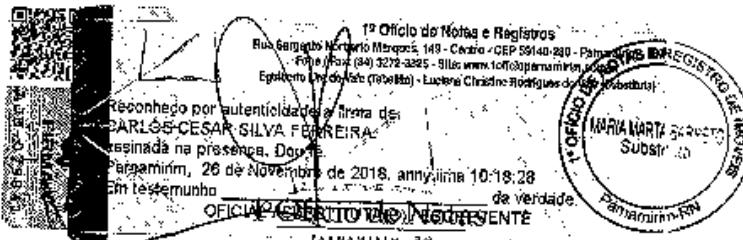
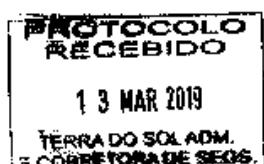
PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do Sinistro, acompanhar andamento do processo e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras 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, 26 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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. 008557/00858 - carta_03 - INVALIDEZ



00070429

Carta nº 14059461



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/07/2020 14:12:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814122826900000055178075>
Número do documento: 20070814122826900000055178075

Num. 57429409 - Pág. 23



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



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 08/07/2020 14:12:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814122826900000055178075>
Número do documento: 20070814122826900000055178075

Num. 57429409 - Pág. 24



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, contados 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

