



Número: **0835861-24.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA (AUTOR)		RAIMUNDO NONATO ALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - - ME (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45173573	26/06/2019 15:42	Petição	Petição
45173739	26/06/2019 15:42	2599060 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45173782	26/06/2019 15:42	2599060 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08358612420178205001

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 **JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 24 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

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

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta nº: 11004897

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170268118 ASL-0184441/17
Vitima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA
Data Acidente: 16/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11031950

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Sinistro: 3170268118 ASL-0184441/17
Vítima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA
Data Acidente: 16/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **16/03/2017**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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

Atenciosamente,

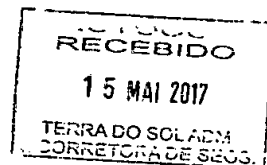
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00397/00398 - carta_05





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0118/2017

Ocorrência: Acidente de trânsito.

Local: NA ENTRADA DO MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ/RN.

Data e hora: 16/03/2017 às 18h00min

Comunicante/vítima: JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA RG: 1.755.951 – ITÉP RN

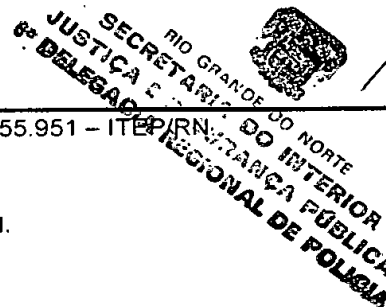
Filiação: MANOEL PEQUENO DA SILVA E CICERA MARIA

CPF: 084683827-36

Telefone: 84 9 9196 4657

Endereço: na rua Severino Augusto de Moraes nº 09, Nova Cruz/RN.

Natural: NOVA CRUZ /RN Nasc: 15/08/1976



Histórico: Compareceu o comunicante/vítima para informar que em data, hora e local, descritos na ocorrência estava pilotando a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS (PLACA QGJ 6110 RN, ANO FAB/MOD 2015/2015, DE COR PRETA, chassi nº 9C2JC4110FR308254 licenciada em seu nome, quando ao entrar na pista 2(duas) motocicletas colidiram na traseira da sua; que com impacto foi lançado ao solo; Que a vítima foi conduzido para o hospital MONSENHIO PEDRO MOURA em Nova Cruz/RN com fraturas de acordo ao BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE NÚMERO 12.075 EM ANEXO. Devido ao acidente sofrido A VITIMA SOLICITOU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Destina exclusivamente ao pleito perante o seguro DPVAT; nada mais disse.

Testemunhas: XXXXXXXX

Providência (s) Adotada (s): registro de B.O e entregue a 1ª Via ao comunicante.

Nova Cruz/RN, 22/03/17

Hora: 11h40min

JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA
ASSINATURA DO (A) COMUNICANTE

ASSINATURA E MATRÍCULA DO (A) SERVIDOR (A)
TINERSON GOMES CIRILO

Mat. 207.196-7

RIO GRANDE DO NORTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, João Maria Pequeno da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.755.951 e inscrito no CPF/MF sob o nº 084.683.827-36 residente e domiciliado na Rua Severino Augusto de Moraes, 6, Santa Maria Cidade NOVA OURIÇÓ Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que Gorete estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL AEM
CORRETORA DE SEGUROSJoão Maria P. da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NOVA OURIÇÓ/RN 23.03.17

Local e data



ATO DE CCARATORIO

Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negôcio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.784/0001-33

Telefone: (84) 3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

12.075

Data:

16/03/77

Hora:

19:39

Nome: João Maria Pequeno da Silva

Comprovação de ato declaratório



Nome da Mãe:

D.N.: 1/1 Idade: 40 Cor: P Sexo: M Estado Civil: Solteiro

RG: CNS: Telefone:

Naturalidade: Nova Cruz Profissão:

Endereço: R. Luiz Augusto de Almeida

Bairro: Vila do Sol Cidade: Nova Cruz UF: PE

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a ☐ Outros:

Temp.: Respiração: Pulso: P.A.: 110x70 Peso:

Exame Clínico:

Acidente de trânsito

Hipótese Diagnóstica:

Direção M. de Lucena Filho
CRM 3838-RN
CRM 6433-CE

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

Eu, Marinilson Pequeno da Silva

RG nº 002.142.967 data de expedição 07/01/00 Órgão SSP/RN

CPF nº 058.466.934-82 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Silvino Augusto de Moraes</u>
Número	<u>6</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santa Maria Goreti</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99197-0155 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA Cruz/RN 23.03.17

Assinatura do Declarante: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Dúda
Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59023-200
CNPJ nº 04.789.884-01

www.cosern.com.br

Contatos Gratuitos:
- Teletendimento Cosern: 115
- Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 241 6142
- Ouvidoria Cosern: 0800 334 2424
- SMS Exclusivo para Faltas de Energia: 27308 Informe o N° da Conta Contrato
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte - ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Data de Vencimento
01/03/2017

Total a Pagar (R\$)
21,59

Conta Contrato 7006465883

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO CORDERO DE OLIVEIRA
CPF: 058.795.884-05

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SEVERINO AUGUSTO DE ARAÚJO S-FI
SANTA MARIA GORETEARENA URBANA
59215-000 NOVA CRUZ RN

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDUAL
SACIA RENDA COM MS
Módulo

NUMERO DA NOTA FISCAL 000807976
DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/02/2017
SERIE DA NOTA FISCAL SERIE ÚNICA
NUMERO DO CLIENTE 3010561435
DATA DA APRESENTAÇÃO 20/02/2017
NUMERO DA INSTALAÇÃO 2375992

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	36,0000000	0,1028793
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	35,0000000	0,3006503
Contribuição Iluminação Pública		5,40
EDMS-Parcela Subvencionada		10,81
Multa por atraso NF 000826389 - 17/01/17		1,82
		3,33
		0,23

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
FEV 17	36
JAN 17	65
DEZ 16	54
NOV 16	56
OCT 16	55
SET 16	59
AUG 16	59
JUL 16	59
JUN 16	59
MAY 16	59
ABR 16	59
FEV 16	59

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,1028793
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,3006503

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do Imposto
Valor da Energia	14%	2,92

COLHEITA DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	5,40	25,00%
Transmissão	0,33	1,51%
Distribuição	4,64	21,52%
Perdas de Energia	0,59	2,73%
Outros	1,42	6,58%

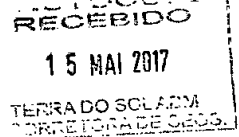
TOTAL A PAGAR 21,59

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERCEIRO DO SCL
CORRETORA DE SEGUROS

Declaração Circular SUSEP 445/12



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Marinikson Pequeno da Silva, portador(a) do

RG nº 002.142.967, expedido por SSP/RN, em

07/01/00, CPF/CNPJ nº 058.466.934-82,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) João Maria

Pequeno da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima João Maria Pequeno da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: Recuso-me

MARINIKSON PEQUENO DA SILVA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Documentação médica - hospitalar



Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negôcio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.784/000133

Telefone: (84) 3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

12.075

Data:

16/03/17

Hora:

18:39

Nome: João Maria Riquelme da Silva

Nome da Mãe:

D.N.: 1/1 Idade: 40 Cor: P Sexo: M Estado Civil: Solteiro

RG: _____ CNS: _____ Telefone: _____

Naturalidade: Nova Cruz Profissão: _____Endereço: R. Luiz Augusto da MouraBairro: Vista do Sol Cidade: Nova Cruz UF: RN

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros _____

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peconhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a _____ ☐ outros: _____Temp.: _____ Respiração: _____ Pulso: _____ P.A.: 140x90 Peso: _____

Exame Clínico:

Acidente de trânsito

Hipótese Diagnóstica:

Droclécio M. de Lucena Filho
CRM 3838-RN
CRM 6433-OF

Conduta Médica

Exonerar

Atender Ag 14
Cabe 14 14

Asser 14

Deodécio M. de Lucena Filho
CRM-3838-RN
CRM-6433-DF

Relatório da Enfermagem

☐ Paciente recusou-se à:

Assinaturas:

Paciente:

Testemunha:

Horário: Data: / /

RG:

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia

☐ Internado, no serviço de:

☐ Encaminhado em / / hora:

Data: / /

Hora:

(neste hospital)

Para:

Setor:

☐ Óbito

Data: / /

Hora:

Entregue à:

☐ Família

☐ S.V.O.

☐ I.T.E.P.

Médico (a) - carimbo

Enfermeiro (a) - carimbo

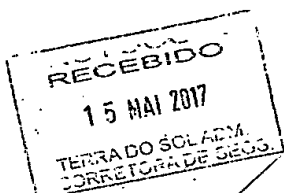


PREFEITURA DE
NOVA CRUZ
O FUTURO COMEÇA AGORA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: João Mano Pequeno da Silva
Reclamação

Declaro para os devidos fins que o paciente
supracitado compareceu a esta unidade
com múltiplas escoriações no corpo, acompa-
nhado de artalgias e mialgias.
Atualmente aguardando Rx para
confirmar possível fratura do ombro
e mão.



01/03/17

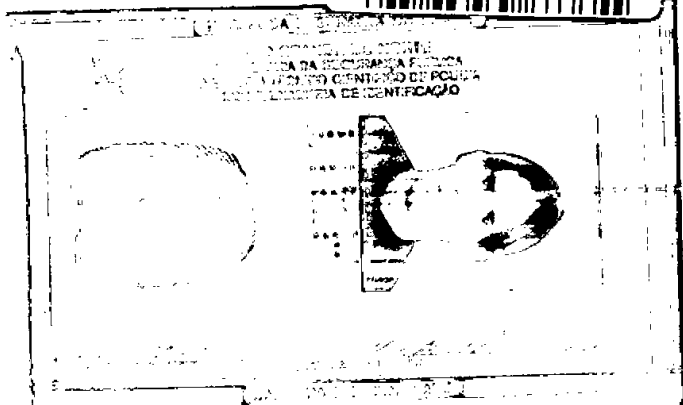
Dr. Higor Guaraná de Assis
RMS nº 2400278
Programa Mais Médicos Para o Brasil

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

Documentos de identificação



RECEBIDO
15 MAI 2017
TERRA DO SOL
CORRETORES DE SEUS.

VITIMA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Nº de inscrição
084683827-36

Data do Nascimento
15/08/76

BRASIL
VACINADO

CPF: 084683827-36

Nome: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Data de Nascimento: 15/08/76

DUT



RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL E M
CORRETORA DE CEG

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES	
DETRAN - RN		Nº 011811377526	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1	01074988792	2015	2015
JOAO MARIA PEDREIRO DA SILVA			
084.683.827-36			
0606110/Nº			
PASSAGIRO/MOTOCICLETA/MO. AP. L.CAVE			
HONDA/CG 125 FAN XS			
OCV/124.CILINDRADAS			
R\$ 0,00			
002844 3x			
R\$ 44444			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)			
TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			
ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.753/0001-99			
SV FINANCEIRA S.A. CRED. FINE. E INVEZET			
MOTOR: JCA1E1F308254			
NOTA: CRUZ/RN			
08/01/2016			

RN Nº 011811377526		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodetransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
1			
084.683.827-36			
01074988792			
HONDA/CG 125 FAN XS			
OCV/124.CILINDRADAS			
R\$ 0,00			
002844 3x			
R\$ 44444			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)			
TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			
ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.753/0001-99			
SV FINANCEIRA S.A. CRED. FINE. E INVEZET			
MOTOR: JCA1E1F308254			
NOTA: CRUZ/RN			
08/01/2016			

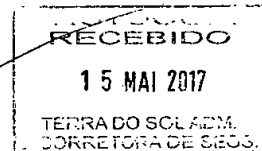
DECLARAÇÃO

Outros



Eu, João Maria Pequeno da Silva portador do RG: 1.755.951 SSP/RN e CPF: 084.683.827-36 reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunicar que não tenho mas documentações medico Hospitalar, só os documentos médicos que esta no pleito do meu processo que são a entrada do, Hospital Municipal Monsenhor Pedro Moura, e a declaração que menciona as sequelas que tive e as dificuldade que fiquei, devido a uma acidente de Motocicleta no dia: 1916/03/2017, por isso peço a análise da minha documentação no qual estou precisando e necessitando da indenização para ajuda nas lesões sofridas , pois em verdade só possuo essas documentação medica, e que não tendo mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que esta no pleito do meu processo.

Nova Cruz/RN 24 de Março de 2017



João Maria Pequeno da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170268118 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO E MÃO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO

Sequelas permanentes: ESCORIAÇÕES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: