



Número: **0808793-07.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **27/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 27.114,18**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA (AUTOR)		ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43452384	27/05/2019 17:01	01 - PROCURAÇÃO	Procuração
43452116	27/05/2019 17:01	02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
43451695	27/05/2019 17:01	03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
43452129	27/05/2019 17:01	04 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
43452144	27/05/2019 17:01	05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
43452153	27/05/2019 17:01	06 - CRLV	Documento de Comprovação
43452161	27/05/2019 17:01	07 - FORMULÁRIOS compressed	Documento de Comprovação
43452178	27/05/2019 17:01	08 - DOCUMENTOS HOSPITALARES	Documento de Comprovação
43452232	27/05/2019 17:01	09 - DEPESPESAS MÉDICAS	Documento de Comprovação
43452238	27/05/2019 17:01	10 - AVISO DE SINISTRO (2)	Documento de Comprovação
43452253	27/05/2019 17:01	11 - MEMÓRIA DE CÁLCULO - SEGURADORA LIDER	Planilha de Cálculos
43455412	29/05/2019 12:36	Despacho	Despacho
43975642	05/06/2019 08:13	Citação	Citação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Josineide Medeiros da Costa, brasileira, casada, dona de casa, portadora do RG nº 001.191.209 ITEP/RN e CPF nº 047.878.164-46, residente e domiciliada na Rua Olívia Rocha de Azeiteiro 30 AP-05, Aeroporto, Mossoró/RN, CEP: 59607-290.

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

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

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

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

Mossoró-RN, 16 / 10 / 2018.

Josineide Medeiros da Costa

OUTORGANTE

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

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

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

(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎(84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Josineide Medeiros da Costa, brasileira, casada,
Dona de casa, portadora do RGNº 001.191.209
ITEP/RN, residente e domiciliada na Rua Oli-
vacy Rocha de Avelar, 30 AP-05, Aeroporto,
Mossoró/RN, CEP: 59607-290.

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

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 16 / 10 / 2018.

Josineide Medeiros da Costa
DECLARANTE

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

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

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

(84) 9.9482-4082
(84) 9.9980-4244
☎ (84) 9.8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com

CÓDIGO DE CONTROLE
66DD.2079.56DD.A482

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:16:14 do dia 12/08/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR
Josineide Medeiros da Costa

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
047.878.164-46

Nome
JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

Nascimento
06/07/1967

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.191.209

JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

EBASTIAO FRANCISCO XAVIER

EUDA MARIA DA SILVA

SAO GERALDO RN

CERT. DE CASAMENTO L-B 53 F-220 RB-9672

MOSSORO RN-4 CARTÓRIO

047.878.164-46

ASSINATURA DO DIRETOR

12/08/2014

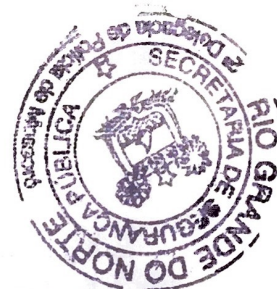
06/07/1967

DATA DE NASCIMENTO

2a. VIA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011285/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2018 17:06 Data/Hora Fim: 14/11/2018 17:28
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 14/11/2018
Delegado de Polícia: André Gustavo Videres de Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 05/11/2018 18:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Rua Ricardo Guilherme de Lima

Bairro: Aeroporto
Nº: s/n

Ponto de Referência: Hospital HRTM
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO RODRIGUES DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 27/04/1966
Profissão: Motorista
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca Rodrigues da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 465.142.794-49

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Rua Olivacir R. de Freitas Nº: 32
Bairro: Aeroporto
Telefone: (84) 99946-8780 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas Sexo: Feminino Nasc: 06/07/1967
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Neuda Maria da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.878.164-46

Endereço

Município: Mossoró - RN

Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Videres de Albuquerque
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 14/11/2018 17:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011285/2018

Logradouro: Rua Olivacir R. de Freitas
Bairro: Aeroporto
Telefone: (84) 98816-1751 (Celular)

Nº: 32

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**Grupo** Veículo**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta**Renavam** 203882776**Placa** NNQ5052**Ano/Modelo Fabricação** 2010/2010**Cor** Preta**UF Veículo** Rio Grande do Norte**Marca/Modelo** Honda Biz 125**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Meio Empregado**Nome Envolvido****Envolvimentos**


Everaldo Rodrigues da Costa


Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Declarou o comunicante que conduzia a moto placa NNQ5052, com a Sra. Josineide Medeiros da Costa na garupa do veículo, quando foi desviar de um homem desconhecido atravessando a via; Declarou que perdeu o controle da moto, vindo a se desequilibrar da motocicleta e sofreram queda na via; Que foram atendidos no HRTM; Declarou que o homem desconhecido foi embora do local; Declarou que compareceu e relatou o presente BO para cumprir fins protocolares de solicitação do DPVAT; Declarou que não deseja representação criminal investigatório nesta DP; Nada mais disse.

ASSINATURAS


Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Responsável pelo Atendimento


Everaldo Rodrigues da Costa
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11132 // 00337 Nº 013710599775
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÔD. RENAVAL: 00203882776 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: JESSIVANDA RODRIGUES DA COSTA

CPF / CNPJ: 466.502.454-53 PLACA: NNQ5052

PLACA ANT. / UF: NNQ5052/RN CHASSI: 9C2JC4220ARJ27316

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010

CAP. / POT. / OL: OCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COB. PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA: 06/04/2018 1º PAGO

Faixa IPIVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO

A 002006 3X R\$ ***** 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOP (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: NÚMERO: JC42 EZ AJ 27316

DATA: 06/04/2018

COORDENADOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS: DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013710599775 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/04/2016

VIA: 1 CPF / CNPJ: 466.502.454-53 PLACA: NNQ5052

RENAVAL: 00203882776 MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2010 CAT. TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2JC4220ARJ27316

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOP (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$):

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO:

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04



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:

047.878.164-46

Nome completo da vítima:

Josineide Medeiros da Costa

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

Nome completo:

Josineide Medeiros da Costa

Profissão:

Dona de casa

Endereço:

Rua Olívia Rocha de Freitas

Bairro:

Aeroporto

Cidade:

Mossoró

CPF:

04787816446

Número:

30 AP-05

Complemento:

E-mail:

abelmaiaadv@gmail.com

Estado:

RN

CEP:

59607-290

Tel.(DDD):

(84) 9.8773-3770

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

00013614

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica realizada pela 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 contestar, caso discorde do seu resultado.

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

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Josineide Medeiros Da Costa, brasileiro (a),
portador do Rg n° 001191209 e CPF 04787816446,
residente e domiciliado (a) Rua Olívia Rocha de Freitas
Bairro Aeroporto Município Mossoró/RN, venho perante
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

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

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

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

Local Mossoró/RN, Data 16/11/2018

Atenciosamente

Josineide Medeiros Da Costa

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de trânsito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a perícia médica para confirmar minha seqüela. Afirmando ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

Abel Icaro Moura Maia

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jenivanda Rodrigues da Costa,
RG nº 777.133, data de expedição 17/06/64
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 466.502.434-33,
com domicílio na cidade de MOSSORÓ, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Olivacin Rodrigues de Freitas, nº 32,
complemento Aeroporto, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Josineido Medeiros da Costa, cujo o condutor era
MOTO Modelo: Biz 195 Cs Ano: 2010
Placa: NNQ5052 Chassi: 9C2JC4290AR327316
Data do Acidente: 05/11/2018



Local e Data:

MOSSORÓ RN

Jenivanda Rodrigues da Costa
Assinatura do Declarante

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



RECONHEÇO por autenticidade a firma
de Josineido Medeiros da Costa

Mossoró(RN) 08 FEV 2019
Em Teste [assinatura] da vítima

Atestamos B. de Mendonça Fernandes - TABELIA
Rogério Alves C. Fernandes - SUBSTITUIÇÃO
Francisco José Maximiano - SIMST
Luiz Carlos Morganti Fernandes - SIMST

Declaração A Seguradora Líder Dos Consórcios Do Seguro DPVAT

Eu, Josineide medeiros da costa,
Brasileiro, casada, dona de casa, portador do RG de Nº 001.191.209 e CPF de Nº 047.878.164-46, Vítima de acidente de trânsito dia 05/11/2018 no veículo Moto Honda Biz 125 de placa NNQ 50.52, onde eu era Garupa, de propriedade de Josivanda Rodrigues da costa, VENHO aqui informar a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO Solicitada pela SEGURADORA LÍDER por um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

(X) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à seguradora Líder por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do meu processo de invalidez, pois eu não posso ser prejudicado por um destes motivos acima.

1º OFÍCIO Josineide medeiros da costa
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Mossoró - RN, 16 de Novembro de 2018





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josineide Medeiros da Costa,

RG nº 001191209, data de expedição 02/02/2016 Órgão ITEP/RN,

CPF nº 04787816446, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Olivaly Rocha de Freitas</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	<u>AP-05</u>
Bairro	<u>Aeroporto</u>
Cidade	<u>Mozzorio</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59607-290</u>
Telefone de Contato	<u>(84)9.8773-3770/(84)3316-5699</u>
E-mail	<u>abelmaiaadv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mozzorio/RN 16/11/2018

Assinatura do Declarante: Josineide Medeiros da Costa

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Josineide Medeiros da Costa, brasileiro (a),
portador do Rg n° 001191209 e CPF 04787816446,
residente e domiciliado (a) Rua Olívia Rocha de Freitas
Bairro Aeroporto Município Mossoró/RN, venho perante
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

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

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

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

Local Mossoró/RN, Data 16/11/2018

Atenciosamente

Josineide Medeiros da Costa

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, quô sofri um acidente de transito em consequencia do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

Spaineide Medeiros de Costa

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AZUL
DE MEDEIRO DA COSTA

Paciente: 26787 - JOSINEIDE MEDEIRO DA COSTA (51 a 4 m 6 d) - AZUL
 Nascimento: 06/07/1967 Natural: CARAUBAS BRASIL
 CNS: 704102113909177 CPF: 04787816446 Sexo: F Cor: PARDA
 Mãe: NEUDA MARIA DA SILVA Prof.:
 Logradouro: OLIVACY RODRIGUES DE FREITAS, 32 Pai: SEBASTIAO FRANCISCO XAVIER
 CEP: 59607290 Bairro: AEROPORTO
 Telefone: 84.33153390 84 33153390 Cidade: MOSSORO
 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VEIO REALIZAR RAO X DO BRAÇO DIREITO.

Hora: :

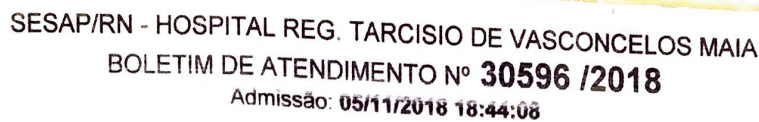
Diagn. Inicial:

[illegible]

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito () Interna: CID _____
Proc. _____

Data: / /18. **Hr:** : **Ass. Médico:** _____

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 12 de Novembro de 2018.



Paciente: 26287 - JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA (51 a 3 m 30 d)
Nascimento: 06/07/1967 Natural: CARAÍBAS - PA

Nome: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA (51 a 3 m 30 d)
Nascimento: 06/07/1967 **Natural:** CARAUBAS, BRASIL **Sexo:** F **Cor:** PARDA
CNS: **CPE:** **Prof:**
Mãe: NEUDA MARIA DA SILVA **Pai:** SEBASTIAO FRANCISCO XAVIER
Logradouro: OLIVACY RODRIGUES DE FREITAS, 32
CEP: 59607290 **Bairro:** AEROPORTO
Telefone: 84.33165185 33165185 **Cidade:** MOSSORO
Comp:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA
Origem: PESSOA - OUTRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

[illegible]

Queixas: SOFREU QUEDA DE MOTO, REFERE DOR EM MSD, COM DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DO MESMO.
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADA.

Hora: ____:____

Facile vittima dei
aristocriti / P. T. /
di / no impiego)

TAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 A CONFORME O ORIGINAL
 E MOSSORÓ 19/11/2018
 Bina

Diagn Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<p>Do / 10/10/2019. 7.5 mg. 12 mg. 17 mg</p> <p>Atual. 10 mg. 12 mg. 17 mg</p> <p>16/10/2019</p>			<p>19h 10min</p> <p>19.5H</p>

*Saída: - () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito () Interna: CID _____
Proc. _____

Data: / /18. **Hr:** : **Ass. Médico:**

*Gerado via SY por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 05 de Novembro de 2018



CNPJ: 06.626.253/0393-68
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
AV JOAO DA ESCOSSIA, 1528 - NOVA BETANIA
MOSSORO-RN, CEP: 59607-330

EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorização

Código	Descrição	Qtde	UN	vl Item	vl Total
214183	LISADOR CPD/16	1	UN	28,51	28,51
De:	28,51 Por: 24,50				
	Desconto sobre item				-4,01
490318	OXOTRON 60MG CPD/30	1	UN	52,49	52,49
De:	52,49 Por: 45,10				
	Desconto sobre item				-7,39
	Qtde. total de itens				2
	Valor a Pagar R\$				69,60
	FORMA PAGAMENTO			VALOR PAGO R\$	
	Dinheiro				100,00
	Troco R\$				30,40

Consulte pela Chave de Acesso em:
www.set.rn.gov.br/nfce/consulta

2416 1106 6262 5303 9368 6501 0000 0861 3790 0005 5059



CONSUMIDOR CPF: 378.207.294-49
WEBER ANTONIO DE HOLANDA PEREIRA

NFC-e nº: 86137 Série: 10
05/11/2018 20:57:57

EMITIDA EM CONTINGENCIA
Pendente de autorização

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLAMEBER, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.
PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.
NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 11,40
SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DER\$ 64.57+.
ATINJAR\$ 500.00 ATE 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE OURO.
+ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTABILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 378.+++.-49
Operador: 87598 Vendedor: 72518
Trib aprox R\$: 9,37 Fed e R\$: 0,00 Est e R\$: 0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7gi3
Obrigado e Volte Sempre.



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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190021626

Vítima: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

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 13798449



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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190021650

Vítima: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

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

Recebedor: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

Valor: R\$ 69,60

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000013614-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00435/00436 - carta_12 - DAMS

00030218





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo: 0808793-07.2019.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

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

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

MOSSORÓ/RN, 27 de maio de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo: 0808793-07.2019.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: JOSINEIDE MEDEIROS DA COSTA

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

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

MOSSORÓ/RN, 27 de maio de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)