



Número: **0810467-20.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **24/06/2019**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VICENTE LUIZ DE AQUINO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77526497	17/01/2022 14:58	Apelação	Apelação
77526503	17/01/2022 14:58	2622465_RECURSO_DE_APELACAO_01	Petição
77526505	17/01/2022 14:58	2622465_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
77526506	17/01/2022 14:58	2622465_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E COMPROVANTES ANEXOS





EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo n. 08104672020198205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VICENTE LUIZ DE AQUINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 5 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:14
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581398000000073825051>
Número do documento: 22011714581398000000073825051

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO / RN

Processo n.º 08104672020198205106

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

APELADA: VICENTE LUIZ DE AQUINO

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 31/12/2018.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

III - DISPOSITIVO

Ante o exposto, julgo PROCEDENTE a pretensão formulada na inicial por VICENTE LUIZ DE AQUINO para condenar a ré Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a pagá-lo o valor de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), referente à indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, acrescido de correção monetária, com base no INPC-IBGE, a partir do evento danoso, e juros de mora, incidentes a partir da citação, à base de 1% (um por cento) ao mês.

Em homenagem ao princípio da sucumbência (art. 85, CPC), condeno ainda a parte ré no pagamento integral das custas processuais e dos honorários advocatícios, os quais fixo, por apreciação equitativa, em R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais), com fulcro e aplicando-se o § 8º do art. 85 do CPC, reconhecendo-se o valor irrisório da condenação, bem como levando-se em conta a justa remuneração do advogado, o efetivo ganho financeiro da parte e, portanto, o equilíbrio e a proporcionalidade entre os dois para a fixação de honorários sucumbenciais.



Data vênia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

PRINCÍPIO DA VERDADE REAL

DO VALOR RECEBIDO EM SEDE ADMINISTRATIVA

Inicialmente cabe informar que a R. decisão monocrática deve ser reformada, ignorar o valor realmente recebido enseja no enriquecimento ilícito da parte Apelada.

Dentre os princípios constitucionais, mister se faz ressaltar o princípio da verdade real, ressalta-se que observar apenas uma verdade ficta, vai de encontro com os princípios e garantias constitucionais assegurados aqueles que vivem em um Estado Democrático de Direito.

A seguir, decisão que ratifica o entendimento, *in verbis*:

AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. PERÍCIA JUDICIAL QUE APUROU A EXISTÊNCIA DE LESÃO INDENIZÁVEL EM R\$ 5.062,50 (CINCO MIL SESENTA E DOIS REAIS E CONQUENTA CENTAVOS). INFORMAÇÃO NA PETIÇÃO INICIAL DO PAGAMENTO, NA ESFERA ADMINISTRATIVA, DA QUANTIA DE R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos). DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE QUITAÇÃO DE PESSOA ESTRANHA À RELAÇÃO PROCESSUAL. CONDENAÇÃO DA SENTENÇA AO PAGAMENTO DA QUANTIA REMANESCENTE, NO MESMO VALOR DE R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), COM BASE EM PREMISSE EQUIVOCADA. DOCUMENTAÇÃO COLIGIDA AO RECURSO DE APELAÇÃO, COMPROBatória DO PAGAMENTO DA IMPORTÂNCIA DE R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS). DECORRÊNCIA DE PRAZO À PARTE EX ADVERSO PARA MANIFESTAR-SE, TANTO EM SEDE DE CONTRARRAZÕES AO APELO, QUANTO AO RECURSO DE AGRAVO INTERNO. BUSCA DA VERDADE REAL DOS FATOS. RECONHECIMENTO DA VALIDADE DE TAL PAGAMENTO. CONDENAÇÃO DA SEGURADORA AO REMANESCENTE DE R\$ 1.687,50 (MIL SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS). AGRAVO INTERNO, CONHECIDO E PROVIDO.

[...] 4. Considerando que o autor afirmou em sua petição inicial haver recebido, na via administrativa, a quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o juiz julgou procedente a ação determinando o pagamento do valor remanescente, na mesma quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos). – R\$ 5.062,50 – R\$ 2.531,25 = R\$ 2.531,25 5. Compulsando atentamente os autos, o eminente julgador partiu de uma premissa equivocada, porquanto o documento juntado à fl. 17, pela própria parte autora da ação de cobrança para comprovar que teria recebido, administrativamente, a pautada quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), diz respeito a pagamento efetivado a outro segurado (IRIA GIRÃO RABELO) e não ao autor da ação, A QUEM CABIA O ÔNUS DE, PELO MENOS, COMPROVAR A QUANTIA PERCEBIDA quando do pagamento administrativo. 6. A seguradora ora agravante, ao contestar a ação, advertiu que a parte autora teria juntado documento de quitação administrativa pertencente a pessoa estranha à relação processual, fato que não foi analisado pela sentença. 7. Reanalisando a questão, agora em sede deste agravo interno, não posso olvidar que ao interpor o recurso de apelação, a seguradora agravante fez coligar aos autos documentos de transferências bancárias (fl. 153) nos valores e datas respectivos de R\$ 1.687,50 – 03/06/2015 e R\$ 1.687,50 – 09/12/2015, perfazendo a quantia de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), que argumenta ser o pagamento da indenização requestada, embora inferior ao valor devido de R\$ 5.062,50 (cinco mil sessenta e dois reais e cinquenta centavos), apurado na perícia judicial. 8. **As pautadas transferências foram a crédito de conta de titularidade do autor da**

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



ação, cuja numeração foi por ele mesmo fornecido quando do pedido administrativo do seguro obrigatório e cuja veracidade foi, por esta relatoria, confirma junto ao site da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. 9. Nada obstante tais documentos terem sido trazidos aos autos somente por ocasião da interposição do apelo, tem-se que a parte apelada foi devidamente intimada para se opor aos termos do recurso, não tendo sequer ofertado contrarrazões. 10. Cabe destacar, por imperioso, que tanto o novo CPC quanto a jurisprudência do STJ admitem a juntada de documentos na fase recursal, desde que intimada a parte ex adverso para manifestar, bem como ausente má-fé de quem os juntou.

11. Nesta hipótese, a meu sentir, o ônus de comprovar a ausência de recebimento da indenização é da apelada. Ora, se não recebeu os valores objetos dos depósitos, bastava trazer aos autos o extrato bancário da conta nas datas apontadas nos comprovantes colacionados, atestando a ausência de tal pagamento. 12. **Para aplicação correta e justa do direito, deve o juiz empreender esforços no sentido de buscar a verdade real** e, na hipótese em julgamento, afigura-se evidente a conclusão de que, efetivamente, a seguradora procedeu ao pagamento da indenização – embora, repito, em valor inferior ao devido – no importe de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais). 13. Com efeito, se a indenização é devida no total de R\$ 5.062,50 (cinco mil sessenta e dois reais e cinquenta centavos) e se a seguradora comprovou o pagamento do valor de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), a condenação deve ser na quantia certa de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), tese alternativa defendida na apelação, para o caso de ser mantida a sentença no tocante a obrigação de indenizar. 14. Agravo interno conhecido e provido, para reformar a decisão monocrática de fls. 164/172, que havia mantido a sentença de primeiro grau e, em sede de juízo de retratação, dar provimento ao recurso de apelação para reconhecer como válidos os pagamentos coligidos aos autos, na quantia de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais) e reduzir o valor da indenização para R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e cinquenta reais e cinquenta centavos). ***ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos os presentes autos de AGRAVO INTERNO em que são agravantes MARÍTIMA SEGUROS S/A e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e agravado PABLO RIKARDO TAVARES CARVALHO, acordam os desembargadores integrantes da 1ª Câmara de Direito Privado do TJCE, por unanimidade de votos, em conhecer e dar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator, parte integrante deste. Fortaleza, 8 de agosto de 2018. DESEMBARGADOR EMANUEL LEITE ALBUQUERQUE Relator***

E mais,

APELAÇÕES CIVEIS. COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. COMPROVANTE JUNTADO APÓS A SENTENÇA. ANÁLISE DA PERTINÊNCIA A JUÍZO DO RELATOR DA APELAÇÃO. **RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPROVADO. ENRIQUECIMENTO ILÍCITO. SENTENÇA REFORMADA.**

[...]

3- O Superior Tribunal de Justiça já admitiu a juntada de documentos novos em sede de apelação, desde que respeitado o princípio do contraditório: "1. A jurisprudência desta Corte tem admitido a juntada de documentos que não os produzidos após a inicial e a contestação, em outras fases do processo, até mesmo na via recursal, desde que respeitado o contraditório e ausente a má-fé.

4. Não é absoluta a exigência de juntar documentos na inicial ou na contestação. A juntada de documentos em sede de apelação é possível, tendo a outra parte a oportunidade de sobre eles manifestar-se em contra-razões.

O art. 397 do CPC assim dispõe: É lícito às partes, em qualquer tempo, juntar aos autos documentos novos, quando destinados a fazer prova de fatos ocorridos depois dos

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




articulados, ou para contrapô-los aos que foram produzidos nos autos." (STJ, RESP 780396, Primeira Turma, Rel. Ministra Denise Arruda. DJ de 19/11/2007, p. 188).

5- Diante do documento comprobatório de que o pagamento da indenização já foi realizado na esfera administrativa, não há como manter a sentença condenatória da seguradora com o frágil argumento de que o comprovante do pagamento deveria ter sido apresentado no momento processual oportuno. Isso seria, além de injusto, compactuar com a conduta de má-fé do autor, que mesmo tendo pleno conhecimento do recebimento do valor da indenização, veio ao Judiciário pleiteá-la. 6- O documento apresentado pela apelante atende aos requisitos exigidos para conferir legitimidade à alegação de pagamento na via administrativa, acarretando a quitação da obrigação da seguradora quanto ao pagamento de indenização relativa ao acidente automobilístico narrado nesses autos. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. RECURSO ADESIVO PREJUDICADO. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 3ª Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, em conhecer e dar provimento ao recurso, restando prejudicado o recurso adesivo, nos termos do voto do Relator. JUCID PEIXOTO DO AMARAL Presidente do Órgão Julgador / Relator

Ademais, a formulação do pedido administrativo implica necessariamente na apresentação de toda a documentação legalmente exigível. A análise dessa documentação, compreendida no procedimento denominado "regulação do sinistro", é efetuada pela SEGURADORA A QUEM O PLEITO FOI DIRIGIDO ou por empresas especializadas, que atuam por delegação da seguradora.

Dessa breve explanação, deduz-se facilmente que a seguradora reguladora do sinistro efetuou pagamento de verba indenitária no valor de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, vejamos:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190374470	Cidade: Mossoró	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO	Data do acidente: 31/12/2018	Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS		
PARECER				
Diagnóstico: fratura calcâneo direito				
Descrição do exame físico: apresenta edema em retropé direito, limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé. Dor ao apoio plantar.				
Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 19/06/2019				
Conduta mantida:				
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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/06/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE LUIZ DE AQUINO

BANCO: 237
AGÊNCIA: 07139-0
CONTA: 000000001159-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2706201905000000000023707139000000001159168750 PAGO

Ressalte-se que a Apelante não está se omitindo ou procrastinando na presente demanda, muito pelo contrário, busca a veracidade dos fatos, para a perfeita aplicação da justiça.

E, a fim de que o processo seja justo (como é exigência do Estado Constitucional), é necessário que esteja regulado para a produção tendencial de decisões justas, ou seja, é necessário, para que o processo seja justo, que busque a verdade de forma idônea, por isso requer seja considerado o processo administrativo já apresentado nos autos, o qual dispõe sobre o pagamento administrativo em favor da parte Apelada a título de indenização do seguro DPVAT.

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



CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso, para:

Seja reconhecido o pagamento administrativo realizado no valor de R\$1.687,50.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 5 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**, inscrito na **11929 - OAB/RN** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VICENTE LUIZ DE AQUINO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **MOSSORO**, nos autos do Processo nº 08104672020198205106.

Rio de Janeiro, 5 de janeiro de 2022.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RN 980-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522


JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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




Instruções de Impressão



Configure Todas as Margens para 7 mm. Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) - Corte na linha indicada

	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DEPARTAMENTO DE ORÇAMENTO E ARRECADAÇÃO		Guia de Recolhimento do FDJ Lei nº 9.619/2012 Nº 7000004280388
Processo Nº (Uso Exclusivo da Secretaria)	08104672020198205106	Valor do FDJ	204,95
Partes	AUTOR: VICENTE LUIZ DE AQUINO REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A		
Serviço	11003 APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO	1	204,95
Secretaria	(681) 5ª VARA CÍVEL/MOSSORÓ		
Valor da Causa/Documento	13.500,00		
Via do processo/documento - Anexar o Comprovante			

Corte na linha pontilhada

	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DEPARTAMENTO DE ORÇAMENTO E ARRECADAÇÃO		Guia de Recolhimento do FDJ Lei nº 9.619/2012 Nº 7000004280388
Processo Nº (Uso Exclusivo da Secretaria)	08104672020198205106	Valor do FDJ	204,95
Partes	AUTOR: VICENTE LUIZ DE AQUINO REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A		
Serviço	11003 APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO	1	204,95
Secretaria	(681) 5ª VARA CÍVEL/MOSSORÓ		
Valor da Causa/Documento	13.500,00		
Via da parte			

Corte na linha pontilhada

	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE F.D.J. Fundo de Desenvolvimento da Justiça		
Local de pagamento PAGÁVEL NAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL, NOSSA AGÊNCIA E CORREIOS		Vencimento 02/02/2022	
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE F. D. J. Fundo de Desenvolvimento da Justiça		Convênio 760686	
Data do documento 03/01/2022	Número da Guia 7000004280388	Data processamento 03/01/2022	Número da Guia 7000004280388
Uso da Agência Receptora		Espécie R\$	(=) Valor documento 204,95
Instruções Pagamento em cheque, anotar no verso o "Número do convênio" e o "Número da Guia". Não efetuar depósito e transferência. Não receber após o vencimento.		(-) Desconto / Abatimentos	
		(-) Outras deduções	
		(+) Mora / Multa	
		(+) Outros acréscimos	
		(=) Valor cobrado	
Partes AUTOR: VICENTE LUIZ DE AQUINO REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A		Cód. baixa	

Autenticação mecânica - Guia Não Compensável

86750000002-3 04950854645-1 92022020270-8 00004280388-2



Corte na linha pontilhada



Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
	05/01/2022	0	0
DATA DA GUIA	Nº DO PROCESSO		TIPO DE JUSTIÇA
05/01/2022	08104672020198205106		ESTADUAL
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
RN	Vara Cível	RÉU	204,95
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	09248608000104
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
VICENTE LUIZ DE AQUINO		FÍSICA	62596942453
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA			
6DBC4A4FB38495E5			
CÓDIGO DE BARRAS			
86750000002 3 04950854645 1 92022020270 8 00004280388 2			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura calcâneo direito

Descrição do exame físico: apresenta edema em retropé direito, limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé. Dor ao apoio plantar.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00





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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190374470

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICENTE LUIZ DE AQUINO

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 14444274





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, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190374470

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01595/01596 - carta_02 - INVALIDEZ

00050798



Carta nº 14461733



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:17

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581685900000073825054>

Número do documento: 22011714581685900000073825054

Num. 77526506 - Pág. 4



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, 02 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190374470**

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICENTE LUIZ DE AQUINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000007139-0**

Conta: **000001159-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01051/01052 - carta_30 - INVALIDEZ

00020526





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: 0092501/19 CPF da vítima: 625969424-53 Nome completo da vítima: Vicente Luiz de Aguiro
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Vicente Luiz de Aguiro CPF: 59613-670
Profissão: Escovado Número: 300 Complemento: Casa
Bairro: Abolição Cidade: Monorê Estado: RN CEP: 59613-670
E-mail: Nã Pozzi Tel.(DDD): (84) 99827-

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7139
(Informar o dígito se existir)

CONTA: 1159 2
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não validado

Local e Data, Natal/RN, 19/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

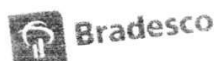
2º Nome:

CPF:

Assinatura

ARQUIVADO
19 MAR 2019

(*) 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.



Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE

TERM.082646

VICENTE LUIZ DE AQUINO
AGENCIA 7139 CONTA 0001159-2

09:58 HRS
10/DEZ/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE
TOTAL DE RECURSOS

02200
12.48
02200

LIMITE DE CREDITO
LIMITE EM CONTA
LIMITE UTILIZADO
LIMITE A UTILIZAR

00200
00200
00200

MVIMENTACAO CONTA CORRENTE
DEZEMBRO/2018

DATA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
05	SALDO ANTERIOR		
10	MORA CRED. PESS	3480341	
	SALDO TOTAL		

00200
00200
00200

TAXA CIO ESP. 13,32% A.M. 348,86% A.A.
MCTO. 31/12/2018

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
CAC Atto Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA CESLIPIANDRA
19 MAR 2019





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 1206518

1 - LOCAL E DATA

Local AV. ADIL COELHO Bairro ABOLIÇÃO III
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. DUDA MOTOS
Data 31/12/2018 Hora do acidente 10:10 Hora do registro 10:50 Dia da semana SEGUNDA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi W0H 9030 Cidade MACAIBA UF PA
Marca/Mod. HONDA Cor BRANCA Ano 2011 12012
Proprietário BARTOLOMEU ZUTZ DE AGUIAR Nº de Ocupantes 01
Conductor LEONARDO ZUTZ DE AGUIAR Data de Nasc. 13/06/1966
Endereço RUA JACINTO DE OLIVEIRA Nº 8400 Fone 84-99475-5886
Bairro ABOLIÇÃO IV Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 62596942453 CNH Nº 03752787059 Validade 28/12/2020 Categoria A3
Local de Trabalho FINA (CIVIL) Fone 98724 7385
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 05X 9690 Cidade MACAIBA UF PA
Marca/Mod. HONDA 160 150 Cor BRANCA Ano 2012 12013
Proprietário CLAUDEA SILVA Nº de Ocupantes 01
Conductor _____ Data de Nasc. 1-1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1-1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? ABRIL COLLEJO Em que faixa? DESTACADA
Em que sentido? PROGRESSO

Versão do condutor O condutor de V1 estava em trânsito na Rua
SANTO IZABEA ACIMA CITADA, NA CRUZA DAS PROVIAS
DE DE DUDE NISS, LIGOU O SEMA 2 DE ALERTA PARA
A REDUÇÃO A VELOCIDADE AO FAZER O DESLUMBRAMENTO PARA
ESTACIONAR DEPOIS DE UMA FONTE PARADA NA 2 ATUAL DA SUA
FAIXA, O VEICULO SE ENCONTROU A 100 METROS DA BARRA

Assinatura do Condutor do V1 De acordo com o sig de A. Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

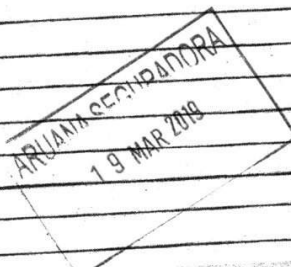
Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4



CONDIÇÕES DA VIA			Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Entameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>ZONA 300</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ACIDENTE DE TRANSITO

Diagram illustrating a road layout and traffic flow. The road is labeled "RUA DO COELHO" and "RUA DOS MOTOS". The diagram shows a U-turn and a T-junction. Arrows indicate the direction of traffic flow. A car is shown at the intersection, and a motorcycle is shown on the road.

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO

709, OUTUBRO, 82, 500 PISOS, 1110793,
FABRIC, 82, 107, 6000E 705.

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2. TORÇÃO DO
DIRETIVO.

AVARIAS DO VEÍCULO 4

UULO 4

ARIANA SECUNDARIA

19 MAR 2019



Autenticação Nº do Boletim: 1206518 Nº da Ocorrência: 665157 Data Registro: 07/01/2019 Hora Registro: 06:07

11 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG Nº _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Nome _____ Nº _____
Endereço _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT Nº 169836 Cód/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR AO LOCAL DA OCORRÊNCIA FUI CONSTATADO O
BOLETIM RELATANDO AS INFORMAÇÕES POSSUIRES, CONDIÇÃO DE
VÍTIMA CONDUZIDO PARA A UTM PARA SER CONSTATADO SE
LIBERADO PARA AINDA PERMANECER NA UTM-06880101602
CONDIÇÃO DE VÍTIMA SE DO LOCAL VEÍCULO CONDUZIDO PARA O BL
DO 2º DPDE

ARJANA RECIDANORA
19 MAR 2019

Nome Completo do Agente RAFAEL SOUSA SILVA
POSTO/GRAD.: SDBM PM Nº 204035-2 Viatura 2010 0010 Subunidade: 2º DPDE
Local e Data MOSSORO, 21 de ABRIL de 2018.
Assinatura do Agente de Trânsito





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: 0092501/19 CPF da vítima: 625969424-53 Nome completo da vítima: Vicente Luiz de Aguiro

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

Nome completo: Vicente Luiz de Aguiro CPF: 59613-670
Profissão: Escovado Número: 300 Complemento: Casa
Bairro: Abolição Cidade: Monorê Estado: RN CEP: 59613-670
E-mail: Nã Pozzi Tel.(DDD): (84) 99827-

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7139

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 1159

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, 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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não validado

Local e Data: Natal/RN, 19/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE LUIZ DE AQUINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07139-0

CONTA: 000000001159-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2706201905000000000023707139000000001159168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:17

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581685900000073825054>

Número do documento: 22011714581685900000073825054



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 02

Mossoró 04 de Janeiro de 2019

Em resposta a solicitação do (a) Sr(a): **VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 anos.**

RG: 100.417-3 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 13

Nome do Paciente: VICENTE LUIZ DE AQUINO, 52 anos.

Data: 31/12/2018

Local da ocorrência: Avenida: Abel Coelho/Abolição III (Próximo a lanchonete Bom de Boca)

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 10h 30min.

Natureza da Ocorrência: Colisão moto x moto

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor do SAMU/ Mossoró



SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/01/2019 ÀS 08:41:29

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

7335631

01/2019

VICENTE LUIZ DE AQUINO

RUA HILARIO QUEIROZ, N. 100 - ABOLICAO MOSSORO RN

59613-670

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
305.011.685.0217.000	16	1948	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	1	SITUAÇÃO ESGOTO			
Y12N468241	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 17

DATA LEITURA: 11/01/2019

LEIT. ATUAL: 1154

LEIT. ANT.: 1137

DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2018	16	10/2018	18	08/2018	15	16
11/2018	17	09/2018	14	07/2018	18	

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	2 M3	10,54
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,39
JUROS DE MORA 11/2018		0,74

TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO

PIS 72,83 1,65 1,20

COFINS 72,83 7,6 5,54

VENCIMENTO:

TOTAL A PAGAR:

20/01/2019

74,96

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,50	7,6	0,0	0,8	1,0

82650000000 3 74960006305 3 00733563101 1 01201960003 5



MATRÍCULA

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

7335631

01/2019

20/01/2019

74,96



caern

COMPROVANTE DA CAERN

ARQUIVADA E RECEBIDA
19 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:17

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581685900000073825054>

Número do documento: 22011714581685900000073825054



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/01/2019 ÀS 08:41:29

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

7335631

01/2019

VICENTE LUIZ DE AQUINO
RUA HILARIO QUEIROZ, N. 100 - ABOLICA HOSSORO RN
59613-670

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
305.011.635.0217.000	16	1948				
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y12N468241	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 17

DATA LEITURA: 11/01/2019
LEIT. ATUAL: 1154
LEIT. ANT.: 1137
DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2018	16	10/2018	18	08/2018	15	16
11/2018	17	09/2018	14	07/2018	18	

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	2 M3	10,54
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,39
JUROS DE MORA 11/2018		0,74

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	72,83	1,65	1,20
COFINS	72,83	7,0	5,54

VENCIMENTO: 20/01/2019 TOTAL A PAGAR: 74,96

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DAS TUBULADAS

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,50	7,6	0,00	0,20	0,00

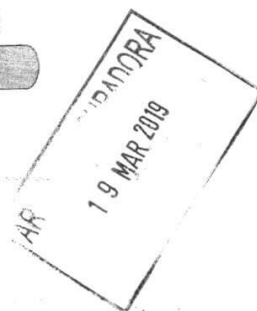
82650000000 3 74960006305 3 00733563101 1 01201960003 5



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
7335631	01/2019	20/01/2019	74,96



COMPROVANTE DA CAERN



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:17

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581685900000073825054>

Número do documento: 22011714581685900000073825054



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jussara Fabiana A. de Aguiar inscrita (a) no CPF nº 473.244.69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vicente Luiz de Aguiar inscrito
(a) no CPF sob o nº 625.969.424 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Vicente Luiz de Aguiar inscrito (a) no CPF sob o nº 625.969.424 / 53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
Recusou

☒ Recuso informar

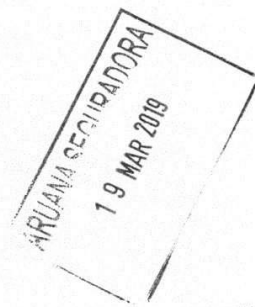
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço	<u>Rua Hilario Queiroz</u>	Número	<u>300</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Abolição</u>	Cidade	<u>Monoró</u>	Estado	<u>RN</u>
Email	<u>Naô Pozzui</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(84) 99827-0066</u>	CEP	<u>59633670</u>
		Telefone celular(DDD)	<u>(84) 99827-0066</u>		

Monoró-RN, 15 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Jussara Fabiana Archack de Aguiar
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



DR. WILLIAM CARVALHO PEREIRA
CRM 11600-RN-149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

O paciente VICENTE LUIZ DE AQUINO,
52 ANOS de idade, Açougueiro,

HISTÓRICO: Acidente de trânsito, em
Via pública, entre motos, ocorrido em
31 de dez. 2018, que culminou com: DIAGNOSTICO.

- a) FRATURA de calcâneo direito.
b) Lesão capsulo-ligamentares do
tornozelo e pé direito, com instabilidade
tibio-tarsica, de indicação operatória
NÃO realizada. Repere imobilização
com tala + gesso por 60 dias + Fisioterapia.

Do local do acidente foi conduzido
pelo SAMU, ao Hospital Regional Tarciso
MAIA em Mossoró - RN. Boletim 36218/2018.

Procedimento: Exame + RX + Imobi-
lização provisória com tala e indica-
ção operatória, via SISREG, através do
PAM (SI).

QUADRO ATUAL e SEQUÊLAS

- a) DOR mediante permanência em pé
agachar-se, esquiar-se ou subir degraus
b) Marcha claudicante e dor espontânea
c) Perda da capacidade funcional
laboral e quotidiana, estima-
da em 30%.

CID 10 T93.0 / S92.0 + S93.

ARUANA SEGURADORA
11 JUN 2019

Poiclínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-5121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otavo Resado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3536
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manhãs

Dr. William Carvalho Pereira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 11600/RN - M6 149/RJ





Nome do Paciente: **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Data do Exame: **11/01/2019**

RG: -

Número do Atendimento: **PACS-**

4138817057

Convênio: -

RAIO-X DO TORNOZELO DIREITO

LAUDO:

Linhas radiolúcentes no calcâneo que no contexto de trauma sugerem fratura cominutiva.

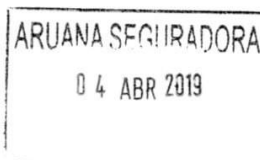
Imagem irregular com densidade óssea projetada posteriormente ao tálus que pode representar fragmento ósseo avulso da fíbula.

Entesófito calcâneo posterior.

A critério clínico, se possível, o estudo tomográfico poderá fornecer informações adicionais.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 12/01/2019 01:13. Para baixar uma cópia, acesse <https://valida.webstail.com.br/>, utilize data/hora e a chave: qRyDAIpG.



Laudado Por:
Dr. Fernando Mansano Rodrigues
CRM-SP 144983

Rua Dr. João Marcelino, 1901 - Nova Betânia - Mossoró/RN - (84) 3315-8800

Pag. 1 de 1





Nome do Paciente: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do Exame: 15/02/2019

RG: -

Número do Atendimento: PACS-
4138817057

Convênio: -

RAIO-X DO CALCÂNEO DIREITO

LAUDO:

Sinais de fratura cominutiva no calcâneo em processo de consolidação.

Imagem irregular com densidade óssea projetada posteriormente ao tálus que pode representar fragmento ósseo avulso da fíbula.

Entesófito calcâneo posterior.

Calcificações vasculares.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 15/02/2019 21:25. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wigam.com.br/>, utilize data/hora e a chave: GgCeitKA.



Leitado Por:
Dr. Fernando Mansano Rodrigues
CRM-SP 144983

Rua Dr. João Marcelino, 1901 - Nova Betânia - Mossoró/RN - (84) 3315-8800

Pag. 1 de 1



RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Mossoró, Rio Grande do Norte, 15/03/2019

Declaro que Sr Vicente Luiz de Aquino, admitido para atendimento fisioterapêutico dia 18/02/2018, com diagnóstico médico de lesão por acidente motociclistico em 31/12/2018, sendo submetido (a) a exames de imagem, apresentando queixas inchaço, limitação de movimento, e dores na região do tornozelo direito.

De acordo com o quadro clínico, observou-se inchaço, dores, edema e limitação de movimento na região do tornozelo direito, sendo necessário 11 sessões de fisioterapia motora para voltar a realizar as atividades de vida diária.

Apresenta como diagnóstico funcional: Lesão de tornozelo direito.

Os objetivos propostos foram:

Diminuição do quadro algico
Diminuição do edema
Aumento de movimentos em tornozelo direito.
Voltar a realização de atividades diárias.

Plano de tratamento proposto:

Exercícios miofocinéticos para diminuição de inchaço
Exercícios ativo assistido para fortalecimento de joelho e aumento da flexibilidade
Alongamento da musculatura
Rotação de tornozelo
Exercícios proprioceptivo
Declínio de calcanhares
Levantamento de tornozelo

Evoluiu com bastante sucesso em 11 sessões de fisioterapia onde o mesmo não precisa dar continuidade com o tratamento, já que realiza com sucesso as atividades de vida diária.



Diego Iohan de O. Monteiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO/RN 231838-F





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 36218 /2018

Admissão: 31/12/2018 10:50:44

OK

CIRURGIA GERAL - AZUL

Paciente: 30645 - VICENTE LUIZ DE AQUINO (52 a 6 m 18 d)

Nascimento: 13/06/1966

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702205159764010

CPF: 62596942453

Prof:

Mãe: MARIA ANTONIA DE AQUINO

Pai: JOSE LUIZ DE AQUINO

Logradouro: HILARIO QUEIROZ, 100

CEP: 59613670

Bairro: MONSENHOR AMÉRICO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988124082 84 988124082

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: Acidente moto/moto veio em SAMU

Classificação:

31/12/2018 10:48:08

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: leves escoriações, dor em membro

Hora: 11:05

Paciente com história de acidente moto - carro bô arco de 40m.
Refere uso de capacete, não perda de consciência, náuseas ou
vômitos. Não alergias. Ver o protocolo SAMU.

A) Vias aéreas inferiores, sem ruídos.

B) NV e simétrico, 5/RA.

C) FC: 106bpm, estável hemodinamicamente

D) Glasgow 15, sem déficits focais, PRR

E) Escoriações em braço e membro D + dor intensa lombar.

Diagn. Inicial:

ARIANA CECILIANORA

19 MAR 2019

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) SRL 2000 - C, IV, 28gtb/lin		11:20	
2) Tiletal 90g + ASD, IV, agora		11:20	
3) Tramal 100mg + 100 - C 50gtb, IV, se dor.			
4) Analgesia Antidolor			
5) Sol. Rx de Coluna Lombar, bico D e puno D			
6) D-pirone 1g + ASD, IV, agora		11:20	
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA			
ESTA CONFORME O ORIGINAL			
SAMU MOSSORO 31/12/18			
SAME / ARQUIVO			

*Saída: -

() Decisão médica - () Transferido - () Evasão - () Óbito - () Interna:

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/18. Hr: ____:____ Médico: _____

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 31 de Dezembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:17

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581685900000073825054

Número do documento: 22011714581685900000073825054

Num. 77526506 - Pág. 22

NO. 14815 - A 192 - 025050 3/62

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.191-RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
CAME MOSSORÓ 22/07/19

SAME / ARQUIVO

mat. 150.243 +



Vitima

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
VICENTE LUIZ DE AQUINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1004173 SSP RN

CPF 625.969.424-53 DATA NASCIMENTO 13/06/1966

RELACAO
JOSE LUIZ DE AQUINO
MARIA ANTONIA DE AQUINO

PERMISSAO ACC CATIA AB

Nº REGISTRO 03752787259 VALIDADE 28/12/2020 1ª HABILITACAO 20/12/2005

OBSERVAÇÕES

Vicente Luiz de Aquino
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSAO 29/12/2015

36611800686
RN702336692

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1157644171

PROIBIDO PLASTIFICAR
1157644171

ARQUIVADA
19 MAR 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **2936690 ITEP RN**

CPF: **111.473.444-69** DATA NASCIMENTO: **27/06/1994**

FILIAÇÃO: **JOAO LUIZ DE AQUINO**
MARIA DE FATIMA ANDRADE

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **A**

Nº REGISTRO: **06729264568** VALIDADE: **03/08/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **27/10/2016**

OBSERVAÇÕES:

Jussara Fabiana A. de Aquino

LOCAL: **MOSSORO, RN** DATA EMISSÃO: **14/11/2017**

Letícia Maria Galvão Gomes
Coordenadora de Registro de Condutor
ASSINATURA DO EMISSOR

03564894611
RN702724931

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1484999001

PROIBIDO PLASTIFICAR
1484999001

DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº 11.000/2016 DO CNH

Procuradora

ARQUIVADO
19 MAR 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - RN 10934 // 00747 Nº 013708878867 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		RN Nº 013708878867 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA 1 CÓD. RENAVAM 00408937815 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017		EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/11/2017	
NOME BARTOLOMEU LUIZ DE AQUINO		PLACA NOH9020	
CPF / CNPJ 325.327.174-91		CHASSI 9C2JC4110CR474472	
PLACA ANT / UF NOH9020/RN		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
ESPÉCIE TIPO PASEAGIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE		MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB. 2011		ANO MOD. 2012	
CAP / POT / CIL. OCV/124 CILINDRADAS		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
CATEGORIA PARTICULAR		VENC. COTA ÚNICA 13/11/2017	
COTA ÚNICA R\$ 0.00		1º PAGO	
FAIXA I.P.V.A. 002844 3X		2º PAGO	
PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO ***		PRÊMIO TOTAL (R\$) DEVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES ALIE. FID. EM FAVOR DE: 07.207.996/0001-50 BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A. MOTOR: JC41E1C474472		DATA 13/11/2017	
ASSINADO LOCAL FARMACIMIRIM/RS		DATA 13/11/2017	
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN		SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.245.608/0001-04	

19 MAR 2013

ARJANA CERTIFICADORA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198024/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Data do acidente: 31/12/2018

CPF: 625.969.424-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

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

VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

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: 11/06/2019
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO
CPF: 111.473.444-69

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO


Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116542/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

CPF: 625.969.424-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Títular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

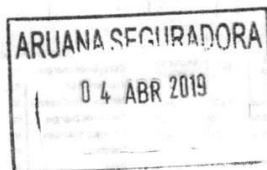
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

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

VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

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.

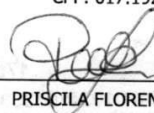
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/04/2019
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO
CPF: 111.473.444-69

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05



PRISCILA FLORENCIO DA SILVA



Seguro DPVAT - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAV ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luiz de Aguiar
 DATA DO ACIDENTE 31/12/2019 CPF DA VÍTIMA 1625969424-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jussara Fabiana A. de Aguiar
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Hilario Queiroz BAIRRO Abolição
 Nº 500 COMPLEMENTO Casa CEP 64613-670
 CIDADE Maracá UF PA TELEFONE (84) 99827-0066
 E-MAIL Não Possui

Marque (X) para cada documento entregue:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO MÉDICO: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- (X) BOLHEIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAVS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAVS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTI = R\$ 1.150.000
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 1.150.000 - ESTIMADOR VARIÁVEL CONFORME AGRADUO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEVERIDADE PRESTADA (R\$ 1.150.000)
 - DESPESAS MÉDICAS (DADOS) = FORMALIZADO ATÉ R\$ 2.700,00 (R\$ 2.700,00)
 - VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PROCESSO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 2204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19/03/2019
 IDENTIDADE 2936690
 ASSINATURA Jussara Fabiana
André de Aguiar

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 19/03/2019
 NOME Ricardo Almeida
 ASSINATURA [Assinatura]

ARQUIVADA
19 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/01/2022 14:58:17

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011714581685900000073825054

Número do documento: 22011714581685900000073825054

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura calcâneo direito

Descrição do exame físico: apresenta edema em retropé direito, limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé. Dor ao apoio plantar.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190374470 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO CALCÂNEO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Vicente Luiz de Aquino		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:	Agricultor		
IDENTIDADE:	100.4173	CPF:	625.969.424-53
ENDEREÇO:	Hilario Duque N° 100 Aldeia		

OUTORGADO

NOME:	Jussara Fabiane Andrade de Aquino		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	
PROFISSÃO:			
IDENTIDADE:	2936690	CPF:	111.473.424-69
ENDEREÇO:	Hilario Duque N° 100 Aldeia		

DATA DO ACIDENTE: 31/12/2018 COBERTURA: Invalides

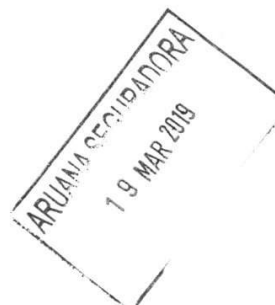
Nome da vítima: Vicente Luiz de Aquino.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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



MOSSORO 21/01/2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198024/19

Vítima: VICENTE LUIZ DE AQUINO

CPF: 625.969.424-53

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 31/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VICENTE LUIZ DE AQUINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO : 111.473.444-69

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

VICENTE LUIZ DE AQUINO : 625.969.424-53

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: 11/06/2019
Nome: JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO
CPF: 111.473.444-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho
CPF: 011.942.284-02

JUSSARA FABIANA ANDRADE DE AQUINO

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190374470**

Nome do(a) Examinado(a): **VICENTE LUIZ DE AQUINO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Hilário Queiroz, 100 - abolição - Mossoró - RN - CEP 59613-670

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **1004173**

Data e local do acidente: [**31/12/2018**] **Av Abel coelho Abolição 3, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [**19/06/2019**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura calcâneo direito

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

apresenta edema em retropé direito ,limitação leve dos movimentos do retropé e da eversão do médio pé .Dor ao apoio plantar .

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima de acidente de trânsito onde sofreu trauma em pé direitos com fratura calcâneo direito, tratou com bota ortopédica por 45 dias e realizou fisioterapia motora. Encontra-se de alta .

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do pé direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 4863 - RN

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

