



Número: **0801194-14.2019.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **13/08/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JUVENAL CAMBRAIA (AUTOR)	ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47812 002	13/08/2019 17:08	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
47812 005	13/08/2019 17:08	<u>bo</u>	Documento de Comprovação
47812 012	13/08/2019 17:08	<u>boletim atendimento de urgencia</u>	Documento de Comprovação
47812 014	13/08/2019 17:08	<u>docs pessoais</u>	Documento de Comprovação
47812 017	13/08/2019 17:08	<u>documentos cirurgia</u>	Documento de Comprovação
47812 987	13/08/2019 17:08	<u>laudo médico</u>	Documento de Comprovação
47812 989	13/08/2019 17:08	<u>procuração</u>	Procuração
47812 995	13/08/2019 17:08	<u>sinistro</u>	Documento de Comprovação
47812 999	13/08/2019 17:08	<u>PI_dpvat negado</u>	Documento de Comprovação

anexos



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:24
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081317032440700000046245650>
Número do documento: 19081317032440700000046245650

Num. 47812002 - Pág. 1



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 046096

1 - LOCAL E DATA

Local Rod 263 Bairro Zona Rural
Cidade/UF Nova Cruz P. Ref. Residência de Sr. VANDER
Data 06/10/2018 Hora do acidente 16:40 Hora do registro 17:20 Dia da semana SÁBADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OGA 3032 Cidade Nova Cruz UF RN
Marca/Mod. Nova 306 Cor PRETA Ano 2014 / 2015
Proprietário ARELTON GARCIA DO NASCIMENTO Nº de Ocupantes 01
Condutor JOVANIL CORDEIRIN Data de Nasc. 23/08/1972
Endereço Rua Vereador Pedro Tavares SOBRINHO Nº 536 Fone (84) 394262681
Bairro FREI JOSÉ Cidade Nova Cruz UF RN
CPF Nº 315.108.044-34 CNH Nº _____ Validação / / Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO (FEONEIRU) Fone (84) 394280681
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

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



ASSISTÊNCIAS DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Ru 269

Em que sentido? MONTANHIS / NOVA CEREZ

Em que faixa? DA CERCA

Versão do condutor que dirigente recolha que deu um IMPACTO E NOS FREIOS AOS CORPO DO MEU FILHO TANTO SORTEIO NO HOSPITAL SOCIEDADE YANKEES DA PARAGUASSU E DEPOIS FOI ENVIADO PARA O HOSPITAL GARCIA EM MARATE.

Assinatura do Condutor do V1 José Evangelista

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

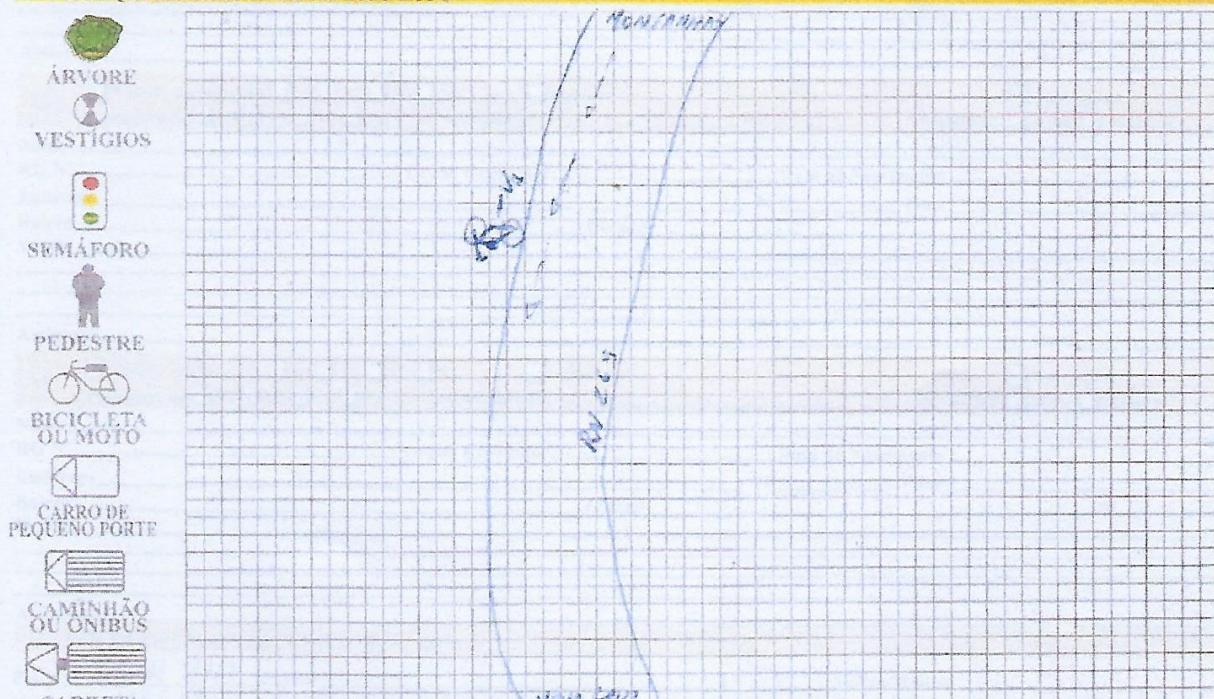
Assinatura do Condutor do V4



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reia	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input checked="" type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Huminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poça D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Huminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Louvada	<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"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entracamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1: *Capô traseiro faltando
esquerda o para-choque, farol traseiro,
retrovídeo direito*



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa B-GM-9112 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome WILFREDON LUIZ SANTOS DE LIMA COSTA RG Nº 2084339 Órgão Exp. SSP/RN
 Endereço RUA BOM JESUS Nº 339 Bairro PESSOA SANTA CRUZ Fone (84) 954603382

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº 18163445 CÓD/DESD 659-S

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A 01/08/2019, o motorista da camionete foi detida por excesso de velocidade e constrição de via foi socorrido pelo Samu em Volta Redonda. Nenhuma multa foi emitida, mas o motorista deve pagar o valor da taxa de licenciamento de sua veiculo no valor de R\$ 100,00.

Nome Completo do Agente Rodrigo Francisco Gis Penteado
 POSTO/GRAD.: CO00 PM Nº 20000455 Viatura 503 Subunid.: 1-G006/5-0006
 Local e Data Alvorada de 12 de Novembro de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito g-SPP



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa BGM 9112 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome KLEFFTON ALVIM SANTOS DE LIMA COSTA RG N° 2084399 Órgão Exp. SSP/RN
 Endereço RUA BOM JESUS N° 3592
 Bairro Vila SANTA LUCIA Cidade NOVA CRUZ Fone (84) 999603380

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AITN° 18163445 CÓD/DESD 155-5

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A guia de trânsito envolvida na ocorrência foi feita por meio da Portaria
 Recomendada. O condutor de veio foi socorrido pelo SAMU no hospital
 São Leopoldo Marques de Almeida em novo sentido possível cumprir sua função
 no local do sinistro, se sendo possível o momento operativo.

Nome Completo do Agente Gilson Marques da Ponte
 POSTO/GRAD.: CRB PM N° 000004559 Viatura 603 Subunid.: 1-CR015-0006
 Local e Data NOVA CRUZ , 16 de NOVEMBRO de 2015 Assinatura do Agente de Trânsito
G. S. P. P.

NAME: MARIA DA CAMBRAIA

CPF: 875.128.044-34
IDENT: 001.361.583



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SAMU Nº 45

CARTAÇÃO DE DADOS
DADOS CAPTADOS PARA
SPA C (CONSOLIDADO)

NOME: JUVENTAL CAMBRAIA

Núcleo de Epidemiologia

IDADE: 23/08/1972 COR: P204 SEXO: M ESTADO CIVIL: INVESTIGADA

NHUE / HRDM

NATURALIDADE: CARACARA PROFISSÃO: AUX. PESSOAL PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA: VEREADOR PEDRO F. SOBRINHO BAIRRO: CENTRO

CIDADE: N. CRUZ DATA: 06-07-2018 HORA: 19:20 hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU com protetor; não dentro do acidente; queixas de dor em abdome e crânio.

Pz de náusea e vômito.

EXAME FÍSICO A: VAF, xm curvado, com perda de consciência
B: MVT em AHT, SIRA
C: Remo de hemocromo ext. inf
D: glosso 15, pifr
E: lesão perfurante em crânio de prof. 6cm, sem
máis de fratura

CONFERE COM ORIGINAL

Scamor

10/07/2018

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	150 x 80					

DIAGNÓSTICO INICIAL



GOVERNO DO RN - SECRETARIA DE SAÚDE	DEPARTAMENTO DE MARQUES DE VASCONCELOS	DATA: 17/08/2018
CONFERIDA	COMPLEMENTADA	HORA: 17h
CONFERIDA	COMPLEMENTADA	ANEXO: <input checked="" type="checkbox"/> (X) BPA
CONFERIDA		

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

*Revolvendo tempo e sutura do ferimento
repolho.*

*TC de viâno: sugestão de soprovento intra-
venoso.*

*Encaminho para anelarão novo cirurgião
no HMWG*

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE	<input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO EM 16/10/18
HORA _____ HS	_____	HORA MMW6
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input checked="" type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:

Paciente: Juvenal Combuze Município: _____
Prontuário: _____

Motivo da Consulta: Paciente vítima de colisão de moto
com lesão em coluna dorsal, vítima de rea
Pendente o exame.

Atencioso

Dra. Rebecca Ferreira
Médica
CRM/RN 010

Médico

CRM

06.10.18
Data

Encaminhado à especialidade:

BMF

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia: / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:

Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

CONFIRA CONCILIAR

Servidor

1985 N

Diagnóstico:

CID: _____

Médico

CRM

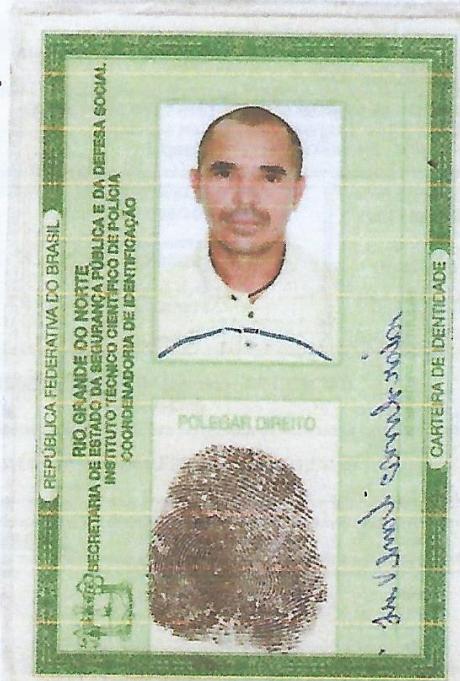
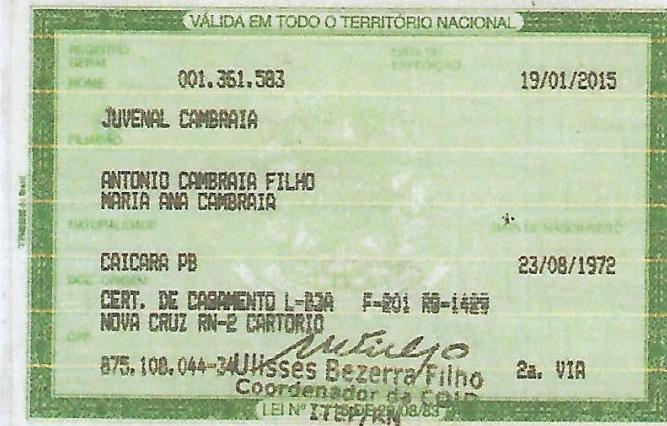
/ / Data

Retornar à clínica solicitante:

Para o (a) Dr. (a): _____ Unidade: _____

às _____ horas do dia: / /





05/07/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMZOZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0**



tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSEREN: 116
-Ouvíndito ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvíndito 0800 084 0404
Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
RSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JUVENTAL CAMBRAIA CPF: 875.108.044-34 NIS: 12404587031		DATA DE VENCIMENTO 25/06/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/06/2019	CONTA CONTRATO 000558969016
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VEREADOR PEDRO TAVARES SOBRINHO 396 CENTRO/AREA URBANA 59215-000 NOVA CRUZ RN		TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/06/2019	Nº DO CLIENTE 3000345939
			NÚMERO DA NOTA FISCAL 025808745	Nº DA INSTALAÇÃO 0001104551
			Série: U	
CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 86DB.AE9A.6E97.D061.F874.5FEE.5D21.BA29				

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20696755	6,20
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,35480152	24,83
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	22,00	0,53220228	11,70
			0,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			5,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,99
ICMS-Parcela Subvencionada			0,86
Multa por atraso-NF 022826682 - 16/04/19			1,15
Multa por atraso-NF 024312598 - 16/05/19			0,30
Juros por atraso-NF 022826682 - 16/04/19			0,28
Juros por atraso-NF 024312598 - 16/05/19			0,26
Atualização IGPM-NF 022826682 - 16/04/19			0,12
Atualização IGPM-NF 024312598 - 16/05/19			57,34
TOTAL DA FATURA			

FISCAL		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Tarifas Aplicadas		kWh	
Consumo Ativo Até 30 kWh	0,16840950	JUN	19
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28870200	MAI	19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43305300	ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
43,12	18,00	7,76	43,12	0,11	0,04	43,12	0,52	0,22

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	NOVA CRUZ	1,29	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,29	3,63	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limites DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,63					
Todo Consumidor pode solicitar a esclarecimento dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002160803919	CAT	16/05/2019	1.834,00	17/06/2019	1.956,00	32	1,00000	0,00	122,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! brilar moveis: rua coronel jose de brito, 532, sao sebastiao / drograria confianca: rua 10 de maio, 617, são sebastião. lista completa em www.coserm.com.br."

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m. (Lei 10.438/2002) e atualização monetária no próx. mês.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 33,36.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

— 10 —

DESTAQUE AQUI	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
CONTA CONTRATO	06/2019	0,00	25/06/2019
000558969016			

TALÃO DE PAGAMENTO

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
http://atendimento.cosenr.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sa

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA testamento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura...

Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:27

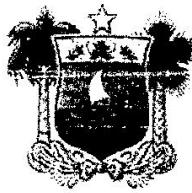
Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:35:27
<https://pie194.tirn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=190813170327120000004624562>

Número de documento: 19081317033712000000016315662

Num. 47812014 - Pág. 2



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 51889 /2018
Admissão: 06/10/2018 22:52:21

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 95960 - JUVENAL CAMBRAIA (46 a 1 m 14 d)

Nascimento: 23/08/1972 Natural: CAICARA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700606403583467

CPF: 87510804434

Prof:

Mãe: MARIA ANA CAMBRAIA

Pai:

Logradouro: VER PEDRO TAVARES SOBRINHO, 396

CEP: 59215000 Bairro: FREI DAMIAO

Cidade: NOVA CRUZ

Telefone: 84 91476104

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 06/10/2018 22:49:04

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO/COM CORTE CONTUSO REGIAO PARENTAL

Hora: _____

→ Aten di mento exp eici alegado →.

ORIGEM DO RN: SESAP

ELABORADO POR: MARQUES DE FERREIRA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
A		EXAME	10/10/2018
B		DATA	10/10/2018
C		TEC. EM RADIOL	10/10/2018
D			
E			
		() BPA	() AIH

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saida: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 06 de Outubro de 2018.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081317032848500000046245665>

Número do documento: 19081317032848500000046245665

Num. 47812017 - Pág. 1

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE E RESPONDERVIDADE DA VITIMA; 2- PEÇA A UNDA A CINTURA PESSOAL (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL); 3- ABARA VIA ALÉRIO; 4- AVALE DESESPRACÁ-VER, CUNH, SENTIR; 5- SE ANEXA, SE LIGUE E VENTILACÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLS, VALVA, MASCARA); 6- AVALE PULSO CAROTÍDEO; 7- SE LIGUE E VENTILACÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLS, VALVA, MASCARA); 8- AVALE PULSO CAROTÍDEO; 9- RITMO CHOCANTE; 10- CLOQUE 360 (ZEN PI IDEA); 11- AVALE O RITMO; 12- APPLIQUE 1 CLOQUE; 13- REINICIE RITMO; 14- RITMO NÃO CHOCANTE; 15- AVALE ORINTO A CADA 5 CLOQUES; 16- PARTE RCP QUANDO EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR; 17- CASO VITIMA SE MEXA, 13- COLOCAR A POSIÇÃO DE REACIONAMENTO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

NR. 06/10/18 3h10.

ANAMNESE

J, 46 anos, vítima de queda de moto há + 5 horas com história de perda da consciência.

AO exame: TCC = 15, pupilas isofotorreagentes,

EXAME FÍSICO: Sem déficits motores, tônus lento contínuo parietal (↑) já intencional, dor à palpação.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Coluna lomboraciana baixa.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

TC da coluna lomboraciana: Hiat parietal (↑): lomboraciana baixa entrada, extensão limitada, sem fracturas.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

(1) TC da coluna lomboraciana.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

rx de coluna lomboraciana.

rx de pelvis AP.

rx de coluna lomboraciana.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Ojos se abrem espontaneamente.	4
Ojos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for, marque 0, se não 1)	3
Ojos se abrem por estímulo doloroso	2
Ojos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc, etc), a data e etc)	6
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem trocas conversacionais)	3
Sons ininteligíveis, (Ouviu-se com dificuldade palavras)	2
Ausentes.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inapropriada à dor.	4
Padrão fixo à dor (Decorticado).	3
Padrão extensor à dor (Decerebrado).	2
Sem resposta motora.	1
Total	1

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
1-150	=4
9-120	=3
6-80	=2
4-50	=1
30	=0
10-280	=6
>280	=7
5-35	=2
1-50	=1
00	=0
>900	=4
76-900	=3
50-70	=2
1-400	=1
00	=0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03- Bravida (inacessibilidade de intubação imediata);
02- moderado;
14-15ava

* Referência: TEASDALE G, JENNET B, *Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale*, Lancet 1974;2:81-84

** Escala de Trauma Revizada (RTS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.H., Seco W.L., Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5):624, 1989.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

MONSENHOR WA' FREDO GURGELR - Evolução do Paciente

Periodo 06/10/2018 22:52a:06/10/2018 23:59:00

Página 1 de 1

06/10/2018 23:54

.: 51889/2018 Paciente: JUVENAL CAMBRAIA

Data/Hora: 06/10/2018 23:51 Usuário: LUANA LOPES DE MEDEIROS Idade na data: 46 anos 1 mes 14 dias

Evolução:

ADMISSÃO PELA NEUROCIRURGIA

MACULINO, 46 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 5 HORAS COM HISTÓRIA DE PERDA DA CONSCIÊNCIA.

AO EXAME:

ECG=15, PUPILAS ISOFOTORREAGENTES, SEM DÉFICITS MOTORES. DOR À PALPAÇÃO DE COLUNA LOMBAR BAIXA. FCC EM REGIÃO PARIETAL DIREITA JÁ SUTURADA.

TC DO CRÂNIO: HSAT PARIETAL À DIREITA, SEM FRATURAS. LINHA MÉDIA CENTRADA, CISTERNAS BASAIS ABERTAS.

TC DE COLUNA TORACO-LOMBAR: Fratura de processa transversa de L5 a S1.

CD:

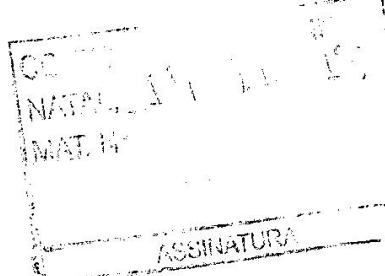
INTERNAMENTO.

TC DE CRÂNIO DE CONTROLE ÀS 7H.



LUANA LOPES DE MEDEIROS

CRM 8971 / RN





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 3486 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **95960 JUVENAL CAMBRAIA** Prontuário:

CNS: 700606403583467 Nascimento: 23/08/1972 Sexo: Masculino Cor: PARDA

Mãe: MARIA ANA CAMBRAIA Pai:

Endereço: RUA VER PEDRO TAVARES SOBRINHO, 396 - FREI DAMIAO - NOVA CRUZ Fone: 91476104 /

Município: NOVA CRUZ Código Municipal IBGE: 240830 UF: RN CEP: 59215-000

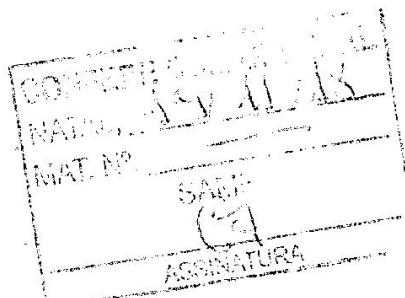
JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente de moto.

ECG=15, sem déficits.

TC do crânio: HSAt



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

HEMORRAGIA INTRACRANIANA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC do crânio: HSAt

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S06.3 TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL*303040092. TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Profissional Solicitante / Assitente:

LUANA LOPES DE MEDEIROS

CRM: 8971 / RN

Data da Solicitação 06/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____



Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 09 UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 06/10/2019 Alta: 1/1
 Nome: Jullinell Combreu Naturalidade: - Ceará
 Idade: 48 anos Sexo: (x) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/08/19
 RG: 001.361.583 Estado Civil: casado Nível de Instrução: _____
 Filiação: Pai: - Antônio combreu Filho: _____
 Mãe: Maria da Conceição
 Endereço: Rua Mender Pedro Túlio Sobrinho nº 39
 Cidade: - Juazeiro
 Telefone: - 91476104 - 94262681 () Residencial () Trabalho () Re
 Contato: _____ Outros telefones: _____
 Composição familiar: - 5 pessoas
 Outras informações: Faz uso de () Álcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: - Trabalho como operador de trituração () Trabalho c/ vínculo empregatício () Não (x)
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAF () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo-SAMU
 () Socorrido em via pública () Outros meios - Hospital Deoclécio
 () Encaminhado: Hospital de origem: _____

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
 Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
 Responsável pelo paciente: - Ana Cristina
 Parentesco: - Esposa Telefone: - o mesmo
 Endereço do Responsável: - o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)
 - Paciente teve um acidente de moto com pernas deitadas.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
 Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
 Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, graves de causas extintas, em especial o tratamento de escravos, melhoria das práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

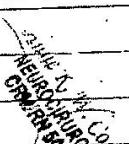
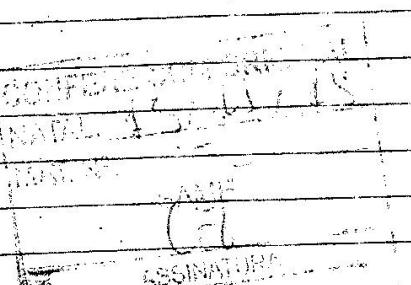
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Name Juvencio Cambraue

Leitop-

idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR		
		03/10/18	Mecanismo
08:00h			HTSAT + lesões de braço ?
			Paciente velho & com dí: instável nos braços, incapaz de desambular
			Não consegue levantar, nem mover os
			braços normais
			Queso 15
			3) hipofíse
			do TAC bacia
			Melhorando, entro prontuário
			
			

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, agravos de causas externas, com especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Barinho</p>		RECEITUÁRIO
NOME <i>Juvêncio Cambraia</i> <i>Loulo Médico</i>		

Recibo para os devidos fins
 que o paciente acima citado
 permaneceu internado neste hospital
 de 05/10/18 a 08/10/18 para
 tratamento conservador da TCE
 e de fratura de processo Transverso
 de vértebra L5. Ele permanecerá
 em repouso durante trinta (30) dias.
 Vítima de queda de moto. CID: S05
 S32

DATA <u>08/10/18</u>	<i>Ramon B. Guerreiro</i> <i>Neurocirurgião</i> <i>CRM-RN 5107</i>	<i>Ramon B. Guerreiro</i> <i>Neurocirurgião</i> <i>CRM-RN 5107</i>
<i>ASSINATURA</i>		

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
 FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.
 COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

PIOTE SEMPRE COM CAPACETE
 E COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, díarreias, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e



INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): Juvenal Cambraia, brasileiro, Solteiro, inscrito (a) no CPF sob nº 875.108.044-34 residente e domiciliado (a) no (a), Rua Vereador Pedro Tavares Sobrinho , 396, Nova Cruz-RN.

OUTORGADO: Dr. ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob nº. 7273, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais no Escritório de Advocacia situado Rua 15 de novembro, nº. 09, Centro, Nova Cruz/RN, CEP: 59, 215-000, telefone: (84) 3281-3487.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula “*ad judicia et extra*”, especialmente visando defender direitos do(a) Outorgante, podendo ainda, requerer Justiça Gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, apresentar, juntar e desembaraçar documentos e papeis, recibos e guias em repartições públicas, inclusive receber alvarás judiciais, **firmar acordo judicial e extrajudicial**, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências, interpor recursos até Superior Instância e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do Outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

HONORÁRIOS: Os honorários advocatícios ficam fixados na porcentagem de 30% (Trinta por cento) do valor do êxito da demanda, seja proveniente de ACORDO (Judicial ou Extrajudicial), de CONDENAÇÃO (Sentença/ Acórdão) e de EXECUÇÃO (astreintes) a ser ajustado ao final do processo, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais que pertencem única e exclusivamente ao CONTRATADO (Estatuto da OAB).

Nova Cruz/RN 05 de Julho de 2019

Juvenal Cambraia

OUTORGANTE

Rua 15 de Novembro, nº 09 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP 59.215-000
Rua Augusto Turbano, nº 131 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP 59.215-000
Rua Doutor Jerônimo, 38 – Centro – São José de Mipibu/RN – CEP 59.162-000
Fone: (84) 3281.3487

Email: alexandrenogueiraadv@hotmail.com





(1)



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190361493 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JUVENAL CAMBRAIA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LJ ALLIANCE CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JUVENAL CAMBRAIA

CPF/CNPJ: 87510804434

Posição em 05-07-2019 10:11:47

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/07/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	Download
29/06/2019	Interrupção de Prazo	Download
06/06/2019	Exigência Documental	Download
06/06/2019	Aviso de Sinistro	Download

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS DA COMARCA DE NOVA CRUZ – RN, A QUEM FOR DISTRIBUÍDA:

JUVENAL CAMBRAIA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 875.108.044-34, residente e domiciliado na Rua Vereador Pedro Tavares Sobrinho, nº 396, Centro, Nova Cruz/RN, CEP 59.215-000, através de seu procurador regularmente constituído, *ut* instrumento de mandato incluso, vem à presença de Vossa Excelência propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal, na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031205, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

Rua 15 de novembro, nº 22 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP 59.215-000
Rua Doutor Jerônimo, nº 38 – Centro – São José de Mipibu/RN – CEP 59.162-000
Fone: (84) 3281.3487
E-mail: alexandrenogueiradv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081317033271300000046245694>
Número do documento: 19081317033271300000046245694

Num. 47812999 - Pág. 1



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

I – DAS RAZÕES FÁTICAS

O Requerente, na data de 06/10/2018, por volta das 16h40min, foi vítima de acidente automobilístico, conforme boletim de ocorrência anexo.

Em virtude do citado acidente, o Requerente sofreu inúmeras lesões pelo corpo, dentre elas **LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS** e a **LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS LOMBARES**, consoante inclusa documentação.

De acordo com a Lei 6.194/74, que dispõe sobre o SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS - DPVAT, o Requerente tem direito a receber, em virtude da intensidade das lesões sofridas e das sequelas irreversíveis a que foi acometido, a importância correspondente a 100% (Cem por cento) do valor máximo indenizável, ou seja, a quantia de R\$ 13.500,00(Treze mil e quinhentos reais).

Todavia, ao pleitear administrativamente o seguro em apreço (sinistro 3190361493), teve a negativa como resposta, como se infere da documentação anexa.

Neste diapasão, requer seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente a quantia de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), consoante a base legal e jurisprudencial a seguir esposada sopesadamente.

II – DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o Art. 5º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

“Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.”

Destarte, o § 1º, “a” do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92, assevera que a indenização será paga mediante a apresentação dos seguintes documentos, a saber:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Registro da Ocorrência no Órgão Policial Competente;
- c) Prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.

Rua 15 de novembro, nº 22 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP 59.215-000
Rua Doutor Jerônimo, nº 38 – Centro – São José de Mipibu/RN – CEP 59.162-000
Fone: (84) 3281.3487
E-mail: alexandrenogueiradv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081317033271300000046245694>
Número do documento: 19081317033271300000046245694

Num. 47812999 - Pág. 2

Reforçando a idéia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º *Caput*, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Sumula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”

Sendo assim, é incontrovertido a concepção atual no sentido de tão somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

De acordo com art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, senão vejamos:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

Essa mesma norma preceitua a estimativa do valor pago a título de indenização à vítima de acidente de trânsito em caso de invalidez permanente, *in verbis*:

“Art. 3º (...) I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007) (g.n) II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007) (g.n)



III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

ANEXO
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).
(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Rua 15 de novembro, nº 22 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP 59.215-000
 Rua Doutor Jerônimo, nº 38 – Centro – São José de Mipibu/RN – CEP 59.162-000
 Fone: (84) 3281.3487
 E-mail: alexandrenogueiradv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081317033271300000046245694>
 Número do documento: 19081317033271300000046245694

Num. 47812999 - Pág. 4



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

III - DOS REQUERIMENTOS

Ante todo o exposto, requer:

- 1) A Citação da Requerida no endereço declinado na exordial, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e confissão.
- 2) Que seja JULGADO PROCEDENTE o pedido para condenar a Requerida ao pagamento da quantia de R\$ 9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais) à Requerente, além de juros legais e correção monetária até a data do efetivo pagamento;
- 3) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o Requerente pobre nos termos da Lei nº 1.060/50.
- 4) Condenação do Requerido em honorários de sucumbência em seu grau máximo.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais).

Pede deferimento.

Nova Cruz/RN, 13 de agosto de 2019.

ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA

OAB/RN 7273

Rua 15 de novembro, nº 22 – Centro – Nova Cruz/RN – CEP 59.215-000
Rua Doutor Jerônimo, nº 38 – Centro – São José de Mipibu/RN – CEP 59.162-000
Fone: (84) 3281.3487
E-mail: alexandrenogueiradv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE NOGUEIRA DE SOUSA - 13/08/2019 17:03:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081317033271300000046245694>
Número do documento: 19081317033271300000046245694

Num. 47812999 - Pág. 5