



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**

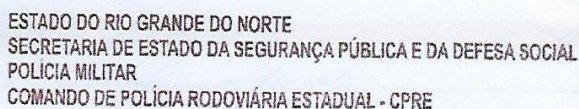
Justiça gratuita? **SIM**

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
47812002	13/08/2019 17:08	Petição Inicial	Petição Inicial
47812005	13/08/2019 17:08	bo	Documento de Comprovação
47812012	13/08/2019 17:08	boletim atendimento de urgencia	Documento de Comprovação
47812014	13/08/2019 17:08	docs pessoais	Documento de Comprovação
47812017	13/08/2019 17:08	documentos cirurgia	Documento de Comprovação
47812987	13/08/2019 17:08	laudo médico	Documento de Comprovação
47812989	13/08/2019 17:08	procuração	Procuração
47812995	13/08/2019 17:08	sinistro	Documento de Comprovação
47812999	13/08/2019 17:08	PI_dpvat negado	Documento de Comprovação

anexos





BOAT 046076

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

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros *Trabalho em altura*

Placa ou Chassi	06A 2032	Cidade	NOVA CUN	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA 512	Cor	PRETA	Ano	2014 / 2015
Proprietário	AURELIANO GARCIA DO NASCIMENTO	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	JOVIVAL CARVALHO	Data de Nasc.	23 / 08 / 1972		
Endereço	RUA VEREADOR PEDRO TAVARES SOBRINHO	Nº	256	Fone	(84) 934262681
Bairro	FREI SMYLO	Cidade	NOVA CUN	UF	RN
CPF Nº	815.108.044-34	CNH Nº		Validade	/ /
Local de Trabalho	AVIACAO (PEQUENO)	Categoria		Fone	(84) 934262681
End.		Nº		Bairro	
				Cidade	

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ /
 Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / / Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
 Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

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 _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



VERSÕES DOS CONDUTORES

VI - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua 209

Em que sentido? MONTANINHA / NOVA CARI

Em que faixa? DA DIREITA

Versão do condutor: QUE SOMENTE RECEBEU QUE SOUVEU UM IMPACTO E APÓS FICOU ASSA-
DORADO INDO TRABALHAR SOMENTE NO HOSPITAL DIREITO PARQUES EM PARANAMIRIM
E DEPOIS FOI ENVIADO PARA O HOSPITAL GERAL EM NATAL.

Assinatura do Condutor do VI [assinatura]

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"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<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"/> Aclive íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive íngreme	<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"/> 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


 ÁRVORE


 VESTÍGIOS


 SEMÁFORO

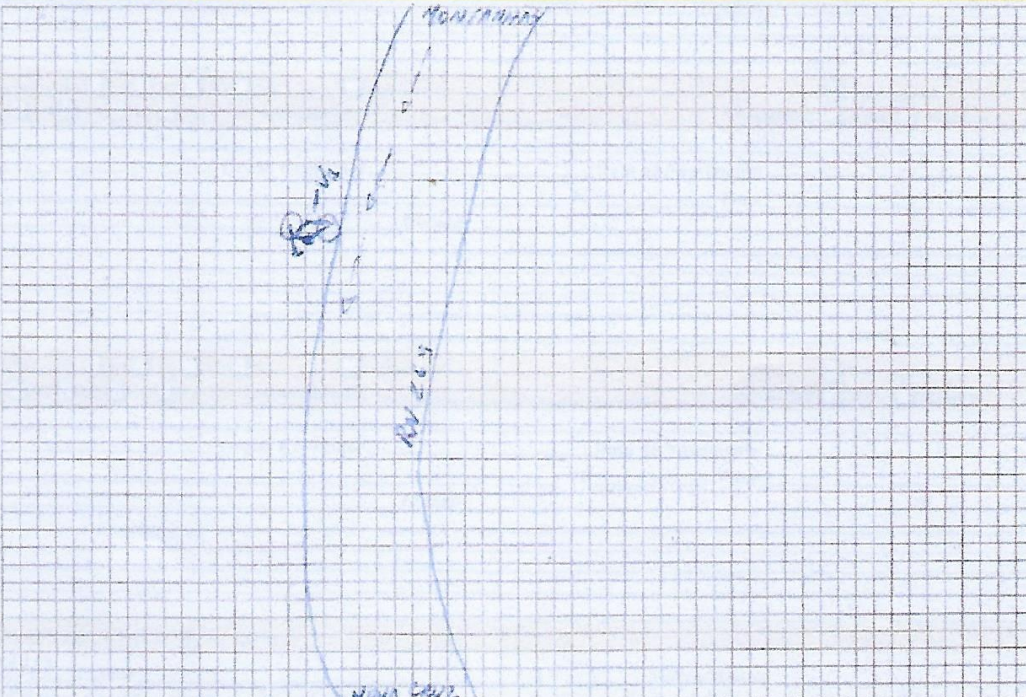
 PEDESTRE

 BICICLETA OU MOTO



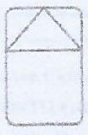

 CARRO DE PEQUENO PORTE

 CAMINHÃO OU ÔNIBUS

 CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 <i>Capotagem lateral, deslocado a direita, furo no tanque, destruição dianteira</i>	AVARIAS DO VEÍCULO 2
	
AVARIAS DO VEÍCULO 3	AVARIAS DO VEÍCULO 4
	



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 _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____

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 _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____

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 _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____

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 _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa 06M 9112 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome KLEFFITON LUIZ DIAS DE LIMA COSTA RG N° 2084399 Órgão Exp. SSP/RN
Endereço RUA BOM JESUS Nº 399
Bairro VILA SANTA LUZIA Cidade NOVA CRUZ Fone (84) 936603582

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° 18163445 Cód/DESD 659-3

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A motociclista envolvida na ocorrência foi parada para análise para posterior
realização. O condutor de ve. foi socorrido pelo SAMU no Hospital
Susana Cardoso e encaminhado em um veículo particular com sua esposa
no local do sinistro, se sendo possível a continuação da ocorrência.

Nome Completo do Agente Carlos Francisco dos Santos
POSTO/GRAD.: Cabo PM N° 20000459 Viatura 802 Subunid.: 1-CR/5º DPB
Local e Data NOVA CRUZ 02 de NOVEMBRO de 2018 9-318
Assinatura do Agente de Trânsito



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ 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 06M 9112 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome KLEFFITON LUIZ DIAS DE LIMA COSTA RG N° 2034339 Órgão Exp. SSP/RN
Endereço RUA DOM JESUS N° 399
Bairro VILA SANTA MARIA Cidade NOVA OLIVEIRA Fone (34) 99960332

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° 18163445 CÔD/DESD 155-3

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A motocicleta envolvida na ocorrência foi removida para o local para posterior
resgate. O condutor de V1 foi socorrido e levado ao hospital
de emergência. Os demais envolvidos não foram socorridos e não foram
possíveis colher suas versões no local da ocorrência, se sendo possível em momento oportuno.

Nome Completo do Agente Estevan Yanderson dos Santos
POSTO/GRAD.: CRAB PM N° 20000429 Viatura 503 Subunid.: 1-CRAB/5-DPDE
Local e Data NOVA OLIVEIRA 16 de NOVEMBRO de 2016 9-378
Assinatura do Agente de Trânsito



ABE: MARSA DA CAMBRASA

CPF: 855.128.044-34
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

CAPTAÇÃO DE DADOS
DADOS CAPTADOS PARA
CIPA C (CONSOLIDADO)

NOME: JUVENAL CAMBRASA Núcleo de Epidemiol.: a
IDADE: 23/08/1972 COR: PAZDA SEXO: M ESTADO CIVIL: INVESTIGAD.
NATURALIDADE: CATARA PROFISSÃO: AUX. PEDROM PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: RUA VEREADOR PEDRO T. SOBRINHO BAIRRO: CENTRO
CIDADE: N-CARU DATA: 06-10-2018 HORA: 19:20hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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
travado pelo SAMU com protocolo; não lembra do acidente; queixa-se
de dor em abdome e crânio.
Pq de dor no crânio e no abd.

EXAME FÍSICO A: VAP, sem sinais de choque, com perda de consciência
B: MM+ em AHT, SIRA
C: hemodinamicamente estável
D: Glasgow 15, PIR
E: lesão perfurocontusa em crânio de aprox. 6cm, sem
 sinais de fratura

CONFERE COM ORIGINAL
[Assinatura]
SOLICITANTE

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

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

DIAGNÓSTICO INICIAL





PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____

Paciente: Juscelino Combrão

Município: _____

Prontuário: _____

Motivo da Consulta: Paciente vítima de colisão de moto com lesão em colúmbula oral, vítima de trauma
perdeu o capacete.

Dra. Rebecca Peres
CRM/RJ 20000

Médico

CRM

06 / 10 / 18
Data

Encaminhado à especialidade: _____

BMF

Consulta marcada para a Unidade: _____

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

às _____

horas do dia _____

Município: _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____

Paciente: _____

Município: _____

Prontuário: _____

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

CONFERE COPIA ORIGINAL

Servidor

198521

Diagnóstico: _____

CID: _____

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante: _____

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

Unidade _____

às _____

horas do dia _____



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 001.361.583 DATA DE EMISSÃO 19/01/2015

RENOME JUVENAL CAMBRAIA

PLANOJO

ANTONIO CAMBRAIA FILHO
MARIA ANA CAMBRAIA

NATURALIDADE CAICARA PB DATA DE NASCIMENTO 23/08/1972

CERT. DE CASAMENTO L-23A F-201 RD-1425
NOVA CRUZ RN-2 CARTORIO

CPF 875.108.044-34 Assessor Bezerra Filho 2a. VIA
Coordenador da CPID
LEI Nº 11.783/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assessor Bezerra Filho



05/07/2019

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
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 COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JUVENAL CAMBRAIA
CPF: 875.108.044-34 NIS: 12404587031

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VEREADOR PEDRO TAVARES SOBRINHO 396

CENTRO/ÁREA URBANA
59215-000 NOVA CRUZ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO
25/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
17/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/06/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
025808745

Série: U

CONTA CONTRATO
000558969016

Nº DO CLIENTE
3000345939

Nº DA INSTALAÇÃO
0001104551

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

86DB.AE9A.6E97.D061.F874.5FEE.5D21.BA29

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,39
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,26
ICMS-Parcela Subvencionada			5,99
Multa por atraso-NF 022826682 - 16/04/19			0,86
Multa por atraso-NF 024312598 - 16/05/19			1,15
Juros por atraso-NF 022826682 - 16/04/19			0,30
Juros por atraso-NF 024312598 - 16/05/19			0,28
Atualização IGPM-NF 022826682 - 16/04/19			0,26
Atualização IGPM-NF 024312598 - 16/05/19			0,12
TOTAL DA FATURA			57,34

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002160803919	CAT	16/05/2019	1.834,00	17/06/2019	1.956,00	32	1,00000	0,00	122,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/07/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você brilhar móveis: rua coronel Jose de Brito, 532, São Sebastião / drogaria
confiança: rua 10 de maio, 617, São Sebastião. Lista completa em www.cosern.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 10.438/02) 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.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	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	9,00
Limite DICRI: 12,22					
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,63					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

autoatendimento.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

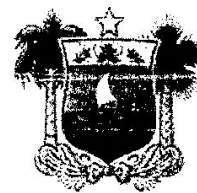
https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908131703271200000046245662

Número do documento: 1908131703271200000046245662

Num. 47812014 - Pág. 2



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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

CNS: 700606403583467

CPF: 87510804434

Sexo: M Cor: PARDA

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: ____

Atendimento especializado

CENTRO DO RN - SESAP

II DEOCLETO MARQUES DE LIMA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

A	EXAME	30/09/2018
B		
C	DATA	30/09/2018
D	TEC. EM RADIOLOGIA	06/10/2018
E		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

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



ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for, marque 3, se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade e endereço, mês, o porquê, e data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala alucinada, mas sem trocas conversacionais).	3
Sons Ininteligíveis. (Dissociação sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado)	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Retirada inespecífica a dor.	3
Reflexo flexo à dor (Decorticação).	2
Reflexo extensor à dor (Decerebração).	1
Sem resposta motora.	
Total	15

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	≥20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

²²Escala de Trauma Revisada (RT): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Secco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de
intubação imediata);
09- 13=moderado;
14-15=leve

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

*A qual proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escola Quirúrgica solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:

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



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: HSA PARIETAL À DIREITA, SEM FRATURAS. LINHA MÉDIA CENTRADA, CISTERNAS BASAIS ABERTAS.

TC DE COLUNA TORACO-LOMBAR: *fratura de processo transversal de L5 a D*

CD:

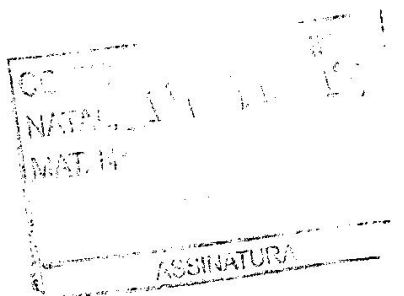
INTERNAMENTO.

TC DE CRÂNIO DE CONTROLE ÀS 7H.

Luana Lopes de Medeiros
CRM 8971 / RN

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

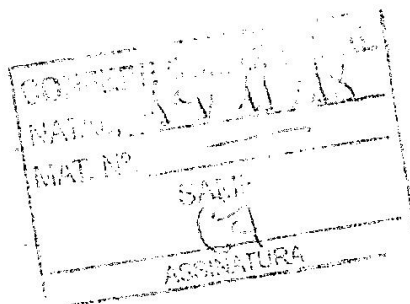
JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente de moto.

ECG=15, sem déficits.

TC do crânio: HSA



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

HEMORRAGIA INTRACRANIANA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC do crânio: HSA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

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

Profissional Solicitante / Assistente: _____

LUANA LOPES DE MEDEIROS

Luana Lopes de Medeiros
CRM: 8971 / RN

CRM: 8971 / RN

Data da Solicitação 06/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() 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: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

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





GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 09 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 06/10/2018 Alta: _____
Nome: Jubrilnel. Combrenne Naturalidade: - Ceará
Idade: 048 anos Sexo: (x) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/08/19
RG: - 001.361.583 Estado Civil: - casado Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: - Antonio Combrenne Filho
Mãe: - Maria Anna Combrenne
Endereço: - Rua Venâncio Pedro Tuberos sobrinho nº 39 Cidade: - Várzea Azul
Telefone: - 91476104 - 94262681 () Residencial () Trabalho () Res

Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: - 5 pessoas
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: - trabalho como operador de máquina Trabalho ou vínculo empregatício () Não (x)
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () 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 Deodoro
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: - Am Cristina
Parentesco: - Esposo 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 vítima de acidente de moto
- acompanhada de esposa

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. - Doador de órgãos
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, 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 humanitários.





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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Juvenal Cambrane

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

07/10/18

Manhã

08:00

HSAE 1 Róim de base 3

Paciente relata com dor intensa nos braços, impedindo
de deambular

Não consegue levantar, com mobilidade

Fome normal

Qx 15

S) 15

em TAC base

Mobilidade preservada

21/10/18
Nº 10.114.100
Cidade: Natal

CONFIRMAÇÃO
NATAL 13/10/18
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, 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 humanitários.



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. 6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Ourgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECÉITUÁRIO

NOME

Juvenal Combraia

Lendo Médico:

Declaro 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. Deixou permanecer
em repouso durante trinta (30) dias.
Vítima de queda de moto. CID: S06
532

DATA	08 / 10 / 18	Ramon B. Guerreiro Neurocirurgia CRM-RN 5107	Ramon B. Guerreiro Neurocirurgia CRM-RN 5107
		ASSINATURA	

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

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.
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, cirúrgicas, 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 judicium 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 desembargar 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

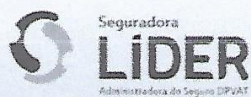
Juvenal Cambraia

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





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
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 dias 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	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZJureTvSW+rgH77L12LWdQ=api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd8oD87ce75jSlr6yO3y0RLk=)
29/06/2019	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/a0__PPkrtslcmgrmSTEsq6api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd8oD87ce75jSlr6yO3y0RLk=)
06/06/2019	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/npSffz5x8oUFwkVu3+TfuCapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd8oD87ce75jSlr6yO3y0RLk=)
06/06/2019	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/TjBMZ1GSft7L__CEr+sJSDapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd8oD87ce75jSlr6yO3y0RLk=)

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: alexandrenogueiraadv@hotmail.com



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

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



Reforçando a idéia do artigo acima citado, pontifica o art. 7.º *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 incontroverso 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
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
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	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
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



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

