



Número: **0800059-86.2020.8.20.5153**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Campestre**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE MEDEIROS (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58413 855	06/08/2020 15:28	2739362_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/05/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000027186-7

Nr. da Autenticação 6AD7402282CE12D3



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170206294

Cidade: Monte das Gameleiras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA JOSE MEDEIROS

Data do acidente: 16/04/2015

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA GRAVE DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
FRATURA FECHADA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame RIGIDEZ DO JOELHO DIREITO.

médico pericial: ATROFIA MUSCULAR MODERADA EM TODO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
FÍSTULA ATIVA NA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA E OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DA TÍBIA DIREITA.
EVOLUIU COM OSTEOMIELITE DA TÍBIA DIREITA E APRESENTA FÍSTULA ATIVA.
ALTA EM JANEIRO DE 2017.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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 membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170206294 - 1
Nome do(a) Examinado(a): MARIA JOSE MEDEIROS
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO MACAMBIRA nº 14 - ZONA RURAL - MONTE DAS GAMELEIRAS/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2748367 - SSP
Data local do exame: 27/04/2017 NATAL/RN

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA GRAVE DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
FRATURA FECHADA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA E OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
REALIZADO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DA TÍBIA DIREITA.
EVOLUIU COM OSTEOMIELODA TÍBIA DIREITA E APRESENTA FÍSTULA ATIVA.
ALTA EM JANEIRO DE 2017.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**RIGIDEZ DO JOELHO DIREITO.
ATROFIA MUSCULAR MODERADA EM TODO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
FÍSTULA ATIVA NA PERNA DIREITA.**

IV. Segundo o 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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 27/04/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/08/2020 15:28:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080615283754500000056087432>

Número do documento: 20080615283754500000056087432

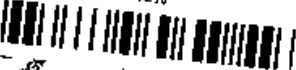
Justino Wáber de A. Neto
Dr. Justino Wáber de A. Neto
Ortopedista e Traumatologista
Clínica de Quadril
CRM 2640 1307 4939

Assinatura do perito Examinador - CRM





DOCUMENTO 2

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
CLOVIS SARINHOMENTO DE URGÊNCIA
A GERALPACIENTE **MARIA JOSE MEDEIROS**
DATA DE **16/04/2015** HORA **16:51** Nº BAA **85925**ENTRADA
IDADE 29 SEXO F ETNIA Pardo
CARTÃO SUS 160703191930004 ESTADO CIVIL Solteiro(a)
CPF - RG 274367 - SSP
NOME DA MÃE MARIA DAS DORES RODRIGUES
NOME DO PAI EXPEDITO MEDEIROS
NASCIMENTO 15/10/1985 NATURALIDADE Monte das Gameleiras RN
TELEFONE - PROFISSÃO Do Lar
RUA/AV. SÍTIO SERRA DO VITOR Nº 00 BAIRRO ZONA RURAL
COMPLEMENTO CEP 59182-000 CIDADE Monte das Gameleiras RN
ORIGEM Ambulância - Interior MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Pedestre
ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-moto às 10:30h de hoje, estava usando capacete, sofreu impacto direto em MID com provável fratura, referindo dor local intensa, tendo melhorado com dipirona e repouso.
Não houve perda de consciência, náuseas, vômitos ou convulsões.
Negativa ingestão de bebida alcoólica.

AUTOCUL
RECEBIDO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A *2.º e 3.º membros superiores*
B *MV+ bilateral, simétrica, sem ruído adventício* F2=220 bpm
C *2.º e 3.º membros inferiores, BNE, sem ruído* FC=108 bpm
D *Glasgow 15, pupilas isocóricas e reativas, hipotensão em MID*
E *pele quente, úmida, intacta, sem contusão em MID*

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Pulso aparentemente extenuado, mas doloroso. Hipocrato: 3+/4+
Aldome: sem glóbulos, flácido, doloroso apenas em abd. inferior 1/4 por dor
exarica já em tratamento
→ MID com fratura interna e encurtamento. Fratura exposta

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	90x60mmHg				108	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura transumária exposta em MID

CID

Copyright © 2015 | Sistema Amazing | (84) 9613-4442

ATO DE CLARIFICAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

Acidente noturno de trauma em mão
ferimento em coxa.
Trat. Rx que evidenciar fratura
cominada de fêmur (diáfise e distal)

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

evidenciando parcialmente fratura da tíbia

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx bacia
Rx Perna D

Fratura de fêmur e tíbia D.
Ao CC.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Clexone 400 mg
afato tíbia 28
Diálise 75 ml

RECEBIDO
11 ABR 2017
TERREDO SOLAR
E CORRETORA DE SEGS

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO FÉDICA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	2	3	4
1. Estado de consciência				
2. Estado de alerta				
3. Estado de humor				
4. Estado de orientação				
5. Estado de memória				
6. Estado de atenção				
7. Estado de linguagem				
8. Estado de comportamento				
9. Estado de percepção				
10. Estado de sensibilidade				
11. Estado de motricidade				
12. Estado de equilíbrio				
13. Estado de coordenação				
14. Estado de ritmo				
15. Estado de força				
16. Estado de resistência				
17. Estado de flexibilidade				
18. Estado de velocidade				
19. Estado de precisão				
20. Estado de controle				

ESCALA DE COMA DE RASSOW	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Estado de consciência																				
2. Estado de alerta																				
3. Estado de humor																				
4. Estado de orientação																				
5. Estado de memória																				
6. Estado de atenção																				
7. Estado de linguagem																				
8. Estado de comportamento																				
9. Estado de percepção																				
10. Estado de sensibilidade																				
11. Estado de motricidade																				
12. Estado de equilíbrio																				
13. Estado de coordenação																				
14. Estado de ritmo																				
15. Estado de força																				
16. Estado de resistência																				
17. Estado de flexibilidade																				
18. Estado de velocidade																				
19. Estado de precisão																				
20. Estado de controle																				

CLASSIFICAÇÃO DO TCE

1-10 pontos: grave
11-15 pontos: moderado
16-20 pontos: leve

* Indicação de TCE: 1-10 pontos: grave
11-15 pontos: moderado
16-20 pontos: leve

* A escala proposta para o TCE é baseada na escala de Glasgow, com a diferença de que a escala de Glasgow avalia o TCE em 3 pontos, enquanto a escala proposta avalia o TCE em 20 pontos.

SEM DOR	LEVE	Moderado	Grave	Pior possível
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (CONTINUAÇÃO)

A (ALERGIAS): Nega
 M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Polio anterior prévia já em tratamento
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): De casa há 11 horas
 A (ACIDENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Queda súbita
 V (PASSADO VACINAL): VAT há 07 anos em última grandeza
 EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rx { Perna D AP.
 Baixa

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Paciente traz RX de fêmur esquerda
 fratura -
 Solicita classificação sanguínea PVOH, Ht.
 Alta da Clínica Geral
 Transferido para FA + 200X 200X 200X

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

RECIBIDO
 11 ABR 2017
 TERRA DO SOL - RN
 CORRETORES

Dr. Alexandre Paolas
 Cirurgião Geral
 CRM 5500

Luiz Edesio M. Nunes
 CRM 140701-6

Assinatura e Carimbo do Responsável

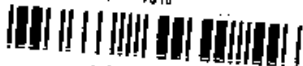
Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>17:05h</u>	DATA: <u>16/04/15</u>
ESPECIALISTA 2: <u>Vasculen</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA: <u>18:10</u>	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

DOCUMENTO 3 *73%



DO IML

Eu, Maria José Medeiros, portador da carteira de identidade nº 2.748.367 e inscrito no CPF/MF sob o nº 077.007.734-08 residente e domiciliado na Sítio Macambira, 14, Zona Rural. Cidade Monte das Gamelas Estado RN, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Maria José Medeiros

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



NOVA OLIVEIRA/RN 05.04.17

Local e data





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

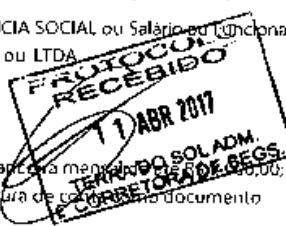
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria José Medeiros
PORTADOR(A) DO R.Nº 2.748.367 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 14/09/05 E
CPF (087.003.734)-08 / CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José Medeiros, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com este documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0762 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00027186 - 7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

NOVA BRUNO, 05 de Abril de 2017 x Maria José Medeiros
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC UPVAT 0800-0221204.







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOI
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MONTE DAS GAMELEIRAS

TELEFONE PARA DENÚNCIA (84)

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 026/2015

Natureza da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data da Ocorrência: **16/04/2015.**

10:45 HORAS

Local da Ocorrência: **Sítio Macambira - Monte das Gameleiras/RN.**

Comunicante: **MARIA JOSÉ MEDEIROS**, brasileira, natural de Monte das Gameleiras/RN, solteira, nascida aos 15/10/1985, com 29 anos de idade, do lar, filha de Expedito Medeiros e Maria das Dores Rodrigues, residente no sítio Macambira - Monte das Gameleiras/RN.

Vítima: **A COMUNICANTE.**

ACUSADOS (A): **XXXXXXXXXXXXXXXXXX.**

DECLARAÇÃO DA VÍTIMA: A vítima afirma que na data e horário acima, pilotava a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas QFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR629449, e, nome de Francisca Luzinete de P. Rocha, com destino a esta cidade, quando em um cruzamento no Sítio Macambira, ocorreu uma colisão com outra moto que vinha da cidade de Araruna/PB, tendo a vítima fraturado a tibia, o fêmur e a perna direita, sendo socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel, em Natal/RN. Nada mais disse.

Monte das Gameleiras/RN, 02 de Julho de 2015

Expedito Medeiros
Comunicante

[Assinatura]
Policial de Plantão

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, dou fé. -x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-
Nova Cruz/RN, 6 de Abril de 2017
Em testemunho da verdade.



Jaqueline Horlenio da Silva Costa - Tabelião(o)
SALDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL – SESED
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR – DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOSÉ DO
CAMPESTRE/RN
AV. DA CENTRAL, S/N – SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE/RN

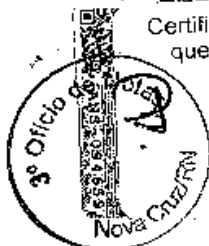


DECLARAÇÃO

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que com relação ao BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 26/2015 datado de 02 de julho de 2.015, segundo a Srª MARIA JOSÉ MEDEIROS, (comunicante/vítima), se encontrava como carona na motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas OFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR62944, que no momento do acidente era pilotada pelo Sr. FRANCISCO GEOVANE MEDEIROS PONTES.

São José do Campestre/RN, 07 de Novembro de 2.016

Be. Antonio Taveira de Farias Neto
Delegado de Polícia Civil



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, dou fe. -x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-
Nova Cruz/RN, 6 de Abril de 2017
Em testemunha da verdade.

Jacine Hortencio da Silva Costa - Tabelião(o)
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10865737

A/C: MARIA JOSE MEDEIROS

Sinistro: 3170206294 ASL-0142682/17
Vítima: MARIA JOSE MEDEIROS
Data Acidente: 16/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01625/01626 - carta_02



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10982878

A/C: MARIA JOSE MEDEIROS

Sinistro: 3170206294 ASL-0142682/17
Vitima: MARIA JOSE MEDEIROS
Data Acidente: 16/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA JOSE MEDEIROS

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000762

Conta: 0000027186-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00001/00002 - carta_15R

00030001



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10842829

A/C: MARIA JOSE MEDEIROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206294 ASL-0142682/17

Vitima: MARIA JOSE MEDEIROS

Data Acidente: 16/04/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EPITACIO PEREIRA CARNEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01177/01178 - carta_01





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COMELE - COORDENADORIA DE MEDICINA LEGAL

L. NO.:



LAUDO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

ART. 129 DO CÓDIGO PENAL (LESÃO CORPORAL), LEI NO. 11340/05 (LEI MARIA DA PENHA) E LEI NO. 8194/74, ALTERADA PELA LEI NO. 11945/09 (DPVAT)

Aos 08(oito) dias do mês de outubro do ano de 2015, nesta cidade de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, e na sede do Instituto Técnico-Científico de Polícia, pelo Diretor(a) Geral e/ou Coordenador(a) de Medicina Legal, Sr(a) Eudes Valério Antunes Coêlho, foi designado o Médico Legista, Doutor(a) Francinete Mânica de Oliveira CRM/RN 960, Perito(a) Oficial, para proceder o EXAME DE LESÃO CORPORAL na pessoa abaixo qualificada, afim de ser atendida a solicitação do(a) Delegado de Polícia Civil Sr(a) Antonio Taveira de F. Neto, exercendo suas funções no(a) Delegacia de Polícia de São José de Campestre/RN, devendo este laudo ser remetido para DP de São José de Campestre/RN, descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e bem, assim, esclarecer tudo quanto interessar possa e responder aos quesitos no final formulados.

Em consequência, passa o perito a fazer o exame solicitado e investigações que julga necessárias, findas as quais declara como se segue.

NOME DA VÍTIMA: Maria José Medeiros

SEXO: Feminino

NATURAL: Monte das Gameleiras-RN.

NACIONALIDADE: Brasileira

COR: Feoderma

DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1985

IDADE: 29 anos.

ESTADO CIVIL: União estável

PROFISSÃO: Aposentada

PAI: Expedito Medeiros

MÃE: Maria das Dores Rodrigues

ENDEREÇO: Sítio Macambira

NÚMERO: ***

BAIRRO: Zona Rural

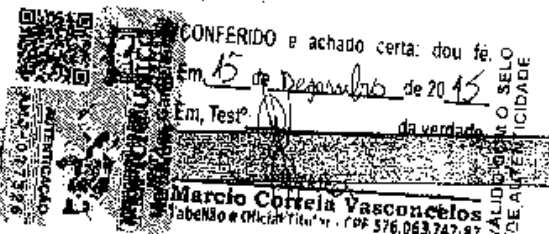
CIDADE: Monte das Gameleiras/RN

TIPO DE DOCUMENTO: Carteira de Identidade

DOC Nº 002.748.367

ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/ITEP/RN

SINAIS PARTICULARES: ***



LOCAL DA OCORRÊNCIA: ***

DATA DA OCORRÊNCIA: ***

HORA DA OCORRÊNCIA: ***

INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A OFENSA: ***

NOME DO AGRESSOR OU AGENTE RESPONSÁVEL: ***

Este conforme o original

Em, Natal, 30/10/15

PARENTE? ***

QUAL? ***

NÚMERO DE GOLPES: ***

ATAQUE SURPRESA? ***

HOVE CONTENÇÃO DA VÍTIMA? ***

QUEM CONTEVE? ***

VERSÃO DO PERICIANDO OU DO SEU REPRESENTANTE LEGAL, SE MENOR OU INCAPAZ

Vítima de Colisão moto - moto.



HORA DO EXAME: 11:00 Horas

LOCAL DO EXAME: COMELE - ITEP - Natal/RN

DESCRIÇÃO

Segundo Boletim de Informação Médico Hospitalar, assinado por Dr. Gean Guarniere R. Dantas CRM 4731, a pericianda foi tratada cirurgicamente de fratura do fêmur direito, fratura do platô tibial direito e fratura da tibia direita, com colocação de placa e parafusos. Segue com bloqueio importante do joelho direito.

01- Cicatrizes cirúrgicas longitudinais com marcas de pontos nas seguintes localizações e membros.

a- contorno lateral da coxa direita com 300mm de extensão direita.

b- contorno lateral de joelho direito e 1/3 superior da perna com 90mm.

c- Contorno anterior da perna direita com 250mm de extensão.

02- Cicatriz rosado com 80mm de diâmetro.

03- Edema difuso de membro inferior direito.

04- Diminuição dos movimentos das articulações do joelho direito em 70%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

...

QUESTÕES E RESPOSTAS

PRIMEIRO - HÁ OFENSA À INTEGRIDADE CORPORAL OU À SAÚDE DE PERICIANDO? Sim.

SEGUNDO - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A OFENSA?

Contundente.

TERCEIRO - A OFENSA FOI PRODUZIDA COM O EMPREGO DE VENENO, FOGO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL, OU DE QUE PODIA RESULTAR PERIGO COMUM?

(RESPOSTA ESPECIFICADA)

Prejudicado.

QUARTO - DA OFENSA RESULTOU PERIGO DE VIDA? Não.

QUINTO - DA OFENSA RESULTOU INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS? Sim.

SEXTO - DA OFENSA RESULTOU DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBROS, SENTIDO OU FUNÇÃO; INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO, ENFERMIDADE INCURÁVEL; PERDA OU INUTILIZAÇÃO DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO; DEFORMIDADE PERMANENTE? (RESPOSTA ESPECIFICADA)

Debilidade permanente do membro inferior direito, (ver descrição).

SÉTIMO - DA OFENSA RESULTOU ACELERAÇÃO DE PARTO, OU ABORTO? (RESPOSTA ESPECIFICADA)

Não.

ÓTAVO - A OFENSA RESULTOU DE INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO, ARTE OU OFÍCIO? Prejudicado.

Ante ao exposto, encerro o presente LAUDO.

PERITO

Francinete Marilacoba de Oliveira CRM/RN 960

SECRETARIA LIDER PJEV 3 14-10-2016 16:42:00/2017 1/1

original

10/10/2016

10/10/2016

10/10/2016

10/10/2016

10/10/2016



CONFERIDO e achado certa; dou fe.

Em 15 de Dezembro de 2015

Em Teste da verdade.

Marcio Correia Vasconcelos

Tabella e Oficial de Justiça - CPF 576.063.742-87

VALIDO COM O SELO DE AUTENTICIDADE

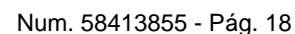
Emissão: 13/10/2016 11:36:24

Nº: 41488 05.00819.10/16 ...Ent.: ...Dig.: DMPR

RECEBIDO
19 JAN 2016
DELPHOS



Assinatura do médico responsável - CRM





ato declaratório

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA CIRURGIA GERAL

PACIENTE MARIA JOSE MEDEIROS
DATA DE ENTRADA 16/04/2015 **HORA** 16:51 **Nº BAA** 85925
IDADE 29 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 160703191930004 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF - **RG** 274367 - SSP
NOME DA MÃE MARIA DAS DORES RODRIGUES
NOME DO PAI EXPEDITO MEDEIROS
NASCIMENTO 15/10/1985 **NATURALIDADE** Monte das Gameleiras - RN
TELEFONE - **PROFISSÃO** De Lar
RUA/AV. SÍTIO SERRA DO VITOR Nº 00 **BAIRRO** ZONA RURAL
COMPLEMENTO - **CIDADE** Monte das Gameleiras - RN
CEP 59182-000 **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Pedestre
ORIGEM Ambulância - Interior **USUÁRIO** Josilma
ACID. DE TRABALHO Não

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-moto às 10:30h de hoje, estava usando capacete, sofreu impacto direto em MID com provável fratura, referindo dor local intensa, tendo melhorado com dipirona e repouso.
Não houve perda de consciência, náuseas, vômitos ou convulsões.
Negativa ingestão de bebida alcoólica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A 34 anos, 1,60m, 60kg, sem alterações.
B Mucosas: límbicas, úmidas, sem alterações.
C Pulso: em 2T, BNF, sem alterações. FC = 108 bpm.
D Glorina: 15, pupila esquerda e direita, íris esquerda e direita, em MID.
E Reflexo patelar: presente, digito, reflexo cutâneo em MID.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Reflexo aparentemente extinto, mas doloroso. Hipocorázeo: 3+/4+
Abdome: semilordo, flácido, doloroso apenas em abd. inferior Vp por longo
exame já em tratamento
MID com fratura interna e encurtamento. Fratura exposta

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
16:51	90x60mmHg				108	15	
17:00							

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura humeral esquerda em MID
CID

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/08/2020 15:28:37

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080615283754500000056087432

Número do documento: 20080615283754500000056087432



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOC
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MONTE DAS GAMELEIRAS



TELEFONE PARA DENUNCIA (84)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 026/2015

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Data da Ocorrência: 16/04/2015. **10:45 HORAS**

Local da Ocorrência: Sítio Macambira – Monte das Gameleiras/RN.

Comunicante: MARIA JOSÉ MEDEIROS, brasileira, natural de Monte das Gameleiras/RN, solteira, nascida aos 15/10/1985, com 29 anos de idade, do lar, filha de Expedito Medeiros e Maria das Dores Rodrigues, residente no sítio Macambira – Monte das Gameleiras/RN.

Vítima: A COMUNICANTE.

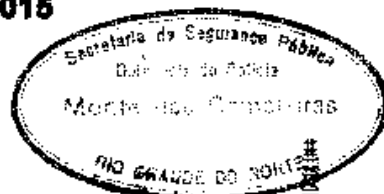
ACUSADOS (A): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

DECLARAÇÃO DA VÍTIMA: A vítima afirma que na data e horário acima, pilotava a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas OFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR628449, e, nome de Francisca Luzinete de P. Rocha, com destino a esta cidade, quando em um cruzamento no Sítio Macambira, ocorreu uma colisão com outra moto que vinha da cidade de Araruna/PB, tendo a vítima fraturado a tibia, o fêmur e a perna direita, sendo socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel, em Natal/RN. Nada mais disse.

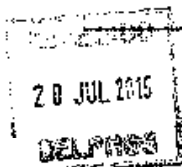
Monte das Gameleiras/RN, 02 de Julho de 2015

Britacio Pereira Gomes
Comunicante

[Assinatura]
Policial de Plantão



09:36 16-07/2015 180561 518421468 1 00017 19051113





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA JOSE MEDEIROSPORTADOR(A) DO RG Nº 2248369 EXPEDIDO POR Carla EM 14 10 2015 ECPF 0200090239-00 / CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000, PROFISSÃO AgricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 488 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA JOSE MEDEIROS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta Poupança – se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento



ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

e comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, ação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0762 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27186-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Monte das Gameleiras 15 de Dezembro de 2015
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo-se o limite na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou tigue para o SAC DPVAT

RECEBIDO

10 JAN 2016

DELPHOS



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/08/2020 15:28:37

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080615283754500000056087432>

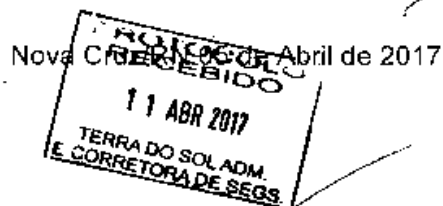
Número do documento: 20080615283754500000056087432

DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 8 *78%*



Eu, Maria Jose Medeiros portador do RG: 2.748.367 SSP/RN e CPF: 077.007.734-08 reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunicar que não tenho mas documentações medico Hospitalar, só os documentos médicos que esta no pleito do meu processo que são a entrada Do., Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Hospital e Memorial de natal e o laudo que menciona as sequelas que tive e as dificuldade que fiquei, devido a uma acidente de Motocicleta no dia: 16/04/2015, por isso peço a análise da minha documentação no qual estou precisando e necessitando da indenização para ajuda nas lesões sofridas, pois em verdade só possuo essas documentação medica, e que não tendo mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que esta no pleito do meu processo.



x Maria Jose Medeiros



VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1031704190

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ESPÍDIO PEREIRA CARNEIRO**

Nº de Identidade / RG: **2061382** SSP RN

CPF: **047.525.634-44** DATA NASCIMENTO: **23/03/1983**

PLACAO: **MANOEL MIGUEL CARNEIRO**
MARIA PEREIRA CARNEIRO

PERMISSÃO: **ALC** **ALC** **ALC**

Nº POSTO: **06019680266** VALIDADE: **29/08/2018** ANO DE EMISSÃO: **13/03/2014**

DOCUMENTO 3 "T30"

ESPÍDIO PEREIRA CARNEIRO

ESTADISTICA DE CONTROLE

LOCAL: **NOVA CRUZ, RN** DATA EMISSÃO: **25/03/2016**

Fernanda Christina Flôr Linhares

44515181800
RN702163141

1031704190

PROCURADOR.

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 ABR 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

