



Número: **0809986-23.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58623 232	13/08/2020 08:53	2741634_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01468

CONTA: 000000018156-3

Autenticação:

55D1CCF251D14A60B56A7AD2E51837CE9BE48B3C0DD1EE7E078D548ADE7FEA7C



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579751 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, ATROFIA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579751 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICAL, ATROFIA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579751 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO,
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA E DA FÍBULA (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180579751

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**

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

Banco: **341**

Agência: **000001468**

Conta: **0000018156-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMNOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

314.241.474-68

Francisco de Assis Ribeiro

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

Nome completo:

Francisco de Assis Ribeiro

Profissão:

Apresentador

Endereço:

Jeremias de Rocha

Bairro:

Santo Antonio

Cidade:

Matozinhos

E-mail:

Não Possui

CPF:

314.241.474-68

Número:

24

Complemento:

Edo

CEP:

59611-190

Tel. (DDD):

(84) 99827.0066

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR



ATÉ R\$1.000,00



R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00



R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00



ACIMA DE R\$10.000,00

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



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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Sant

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3468

CONTA:

38356

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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



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



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



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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?



Sim



Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?



Sim



Não

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

Local e Data: Matozinhos RN, 06/09/18

Nome: Adriana de Costa Ribeiro

CPF: 012.730.844-03

Assinatura de quem assina A ROG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Mariana Borges de Souza

CPF: 031.346.374-38

Assinatura

2ª Nome: Gideon Jackson Bezerra

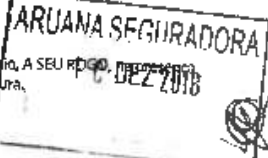
CPF: 103.868.484-67

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180579751
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jeremias da Rocha, 21 Casa
Santo Antonio Mossoro RN CEP: 59611-190
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003204149
Data local do acidente: [24/06/2018]
Data local do exame: [28/01/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADORES EXTERNOS DURANTE 20 DIAS. EVOLUIU COM INFEÇÃO, FOI REMOVIDO E FEITO NOVA CIRURGIA, OSTEOSSINTESE DA TÍBIA DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, PSEUDOARTROSE E DESVIO DO EIXO DA TÍBIA.
Data da Alta: 24/08/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, ATROFIA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS
- IV. Nexô de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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 (*).

() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>	() "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|--|--|

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM







Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018065000512

1.2 Data de Expedição: 08/08/2018 10:59:25

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/06/2018 18:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RUA JEREMIA DA ROCHA

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL

2.12 Bairro: SANTO ANTÔNIO

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 31424147468

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 02/11/1958

3.13 Profissão: LUBRIFICADOR

3.14 RG: 003204149 - SSP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988715503

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 21

3.18 Nacionalidade: FORTALEZA/CE

3.19 Bairro: SANTO ANTÔNIO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JEREMIAS DA ROCHA

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alinhado:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características: CONDUTOR DE UM AUTOMÓVEL TIPO CELTA PRATA SEM MAIORES DETALHES.

5.1.18 Logradouro:

5.1.20 CEP:

5.1.19 Número:

5.1.22 Cidade:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS CAMINHAVA EM DIREÇÃO À SUA RESIDÊNCIA E AO ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADO PELO ACUSADO(A) QUE NÃO PRESTOU LHE SOCORRO E SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE; QUE DEVIDO A COLISÃO SOFRE UM TRAUMA EM SUA PERNÁ DIREITA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, COMO CONTA NO PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 16547/2018 DATADO DE 24/06/2018 ÀS 18:43:55. NADA MAIS DISSSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DO BÓ PARA FINS INDENIZATÓRIOS EXCLUSIVOS PARA O SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 08/08/2018 10:59:25


Policial



Atribuição: 2073978 - SÉRGIO GLAYDSON DANTAS DE MORAIS

Impressão por: 2073978 - SÉRGIO GLAYDSON DANTAS DE MORAIS em 08/08/2018 10:59:33

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018065000512 - Código de autenticação: af478f464702bb7eb108112060544343

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/08/2020 08:53:38

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081308533720700000056283816

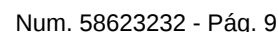
Número do documento: 20081308533720700000056283816

Num. 58623232 - Pág. 8



MORTE

GO, PEZING





SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 474

Mossoró 30 de Julho de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **ADRIANA DA COSTA RIBEIRO, 38 anos, RG 002.222.204** passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 26

Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO, 59 anos.

Data: 24/06/2018

Local da ocorrência: Rua: Jeremias da Rocha.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

Hora do Chamado: 17h 57min.

Natureza da Ocorrência: Atropelamento por carro.

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

Silvanía do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró



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





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 16547 /2018

Admissão: 24/06/2018 18:43:55

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 14883 - FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (59 a 7 m 22 d)

Nascimento: 02/11/1958

Natural: FORTALEZA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 31424147468

Prof:

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

Logradouro: RODRIGUES ALVES, 102

CEP: 59618590

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88715503 84 88715503

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): ACIDENTE DE CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS:					Classificação: 24/06/2018 18:33:42			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	220 130		96		24				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ATAROPELAMENTO. COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DSE CONSCIÊNCIA. GLASGOW 12. FRATURA ABERTA EM MÍD. ALTURA DA TÍBIA. PROVAVEL TCE

Hora: 18:00

Doença atual: Fratura aberta da tibia com deslocamento e exposição dos tecidos moles. Ferimento perfurante na região da tibia, com saída de conteúdo ósseo. Hemorragia ativa. Dor moderada. Estado de consciência alterado. Glascow 12. Sinais vitais: PA 120/80 mmHg, FC 96 bpm, FR 24 rpm, SatO2 96% em ar ambiente. Exame físico: Membros superiores sem alterações. Membros inferiores: membro direito sem alterações; membro esquerdo com fratura aberta da tibia com deslocamento e exposição dos tecidos moles. Ferimento perfurante na região da tibia, com saída de conteúdo ósseo. Hemorragia ativa. Dor moderada. Estado de consciência alterado. Glascow 12. Sinais vitais: PA 120/80 mmHg, FC 96 bpm, FR 24 rpm, SatO2 96% em ar ambiente.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Analgésico: morfina 10mg			
2. Antibiótico: amoxicilina 500mg			
3. Analgésico: paracetamol 1000mg			
4. Analgésico: tramadol 50mg			
5. Analgésico: clorpromazina 25mg			
6. Analgésico: clonazepam 1mg			
7. Analgésico: clonazepam 1mg			

ARUANA REGISTRADORA
10 DEZ 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO

SAME/ARQUIVO

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID 82 Proc.

*Data: / /18. Hr: Ass. Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 24 de Junho de 2018.

DR. GILSON NEGREIROS
CRM 84321
Ortopedia e Traumatologia
RCD - 1964



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/08/2020 08:53:38

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081308533720700000056283816

Número do documento: 20081308533720700000056283816

Num. 58623232 - Pág. 11

24.06.2018. Lito / LCB.
Foco LCB US AT...
Re do foral

24.06.2018 10:10
Liberando para tratamento
foco LCB

Ortopedia

Fx apêndix da perna ②

Soluto Paralelo de Neurocirurgia
no Bloco Cirúrgico após liberação
de neurocirurgia

Dr. João Roberto de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6428

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO NUNES
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO
SAME/ARQUIVO

NUR

GIE, sem deflex

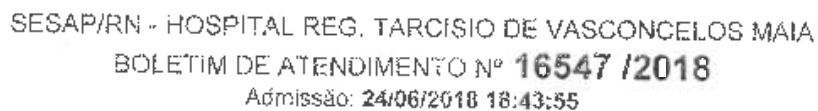
VC menis → Discreta USAT.

CR - LCB para ortopedia

Obs: observações neurologia

Dr. Renato Costa
Neurocirurgião
CRM-RN 3813





Paciente: 14883 - FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO (59 a 7 m 29 d)
 Nascimento: 02/11/1958 Natural: FORTALEZA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 704102428587850 CPF: 31424147468 Prof:
 Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA
 Logradouro: RODRIGUES ALVES, 102
 CEP: 59618590 Bairro: BOM JARDIM Cidade: MOSSORO
 Telefone: 84.88715503 84 88715503 Compl: CORRIGIDO NOME DO PACIENTE

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS:					Classificação: 24/06/2018 18:33:42			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	220 130		96		24				

Queixas: ATAROPELAMENTO, COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DSE CONSCIÊNCIA. GLASGOW 12. FRATURA ABERTO EM MID ALTURA DA TIBIA. PROVAVEL TCE

॥HORA: _____:

HOSPITAL REGIONAL - 1980
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30 07 80

SAME/ARQUIVO B1

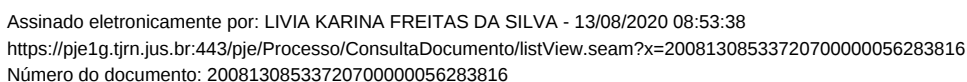
Diagn. Inicial:

[illegible]

*Saída: 24/06/2018 20:54:22 - Internado () Decisão médica: () Enc. outro Serviço: () Evasão: () Interna:

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

via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 01 de Maio de 2000



DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO
LAUDO MEDICO

ARQUIVA SEGRADORA
10 JAN 2019

O paciente FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRA
61 anos de idade, Mecânico Auxiliar, CPF 314.241.474-1
HISTORIA de Acidente de TRANSITO, atropelamen-
to.

DIAGNOSTICO: Polifraumatismo:
TCE + Fratura exposta dos ossos da perna
direita grave. LEVADO pelo SAMU ao
HRTM em Mossoro R/N. Bolita M 16542/2018
Procedimento:

Operado de urgencia da perna
direita. Toilette + Redução e fixação
provisória com FIXADOR externo.
30 dias Após foi re-operado NO
HOSPITAL WILSON ROSADO: Retirada
do FIXADOR externo e osteossintese
com PLACA e PARAFUSOS, desenvolveu
Retardo de consolidação. Pseudoartro-
se além de desvio do eixo da tibia,
por perda parcial da redução.

Quatro Atual e sequelas.
Necessidade de uso de 2 mule-
tas para deambulação e simples perma-
nência em ORTOSTATICA.
Perda da capacidade funcional
estimada em 40%
CID 10 T93 por 832.2

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
2ª e 5ª Todas as manha
Fca. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150-MTB 149 RJ

MOSSORO 10.01.2019





Secure, Private, Professional. We're the experts in the field.



9. Alanya Riviera

Vittoria - Francesco
27/08/18
Chetia Vittoria
27/08/2018-68

211081-5
de Alameda County de

DEPARTAMENT DE DOCUMENTACIÓ

QUALIFICACAO DO PARTICIPANTE

А. С. ПЕТРОВ
Телемича-де-Коджа

ENDRECEP DUG MARIANU
01 CONVOIEMENTO
10-30
BALNO
SOME Antom

561-730
SEP-15-1996
Lib
Matsuda
CIRCUIT BOARD
2

TELEPHONE 8155827-006

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

МАРКУЛЕ (2) ПАРА ЦЕКА. ДОКУМЕНТИ НА ТЕРИТОРИИ

- [illegible]

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DCMs

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- [illegible]

POSTADOARE DA BOULVARDINĂ ÎN ÎNTR-UN

50,52,78

007-557-12

For di Arcangelo

0119

PAUL N

to 49-0018

DATA: 30 - Dec - 1990

Journal of

ASSIGNATURA _____

Year	Number of cases
1990	~10,000
1991	~10,000
1992	~10,000
1993	~10,000
1994	~10,000
1995	~10,000
1996	~95,000
1997	~10,000
1998	~10,000
1999	~10,000
2000	~10,000

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 13/08/2020 08:53:38

Num. 58623232 - Pág. 17

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081308533720700000056283816>

Número do documento: 20081308533720700000056283816



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JANAINA BORGES DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (CPF, PASSAPORTE, etc.) 1256823 838 RN

CPF 031.346.374-30 DATA NASCIMENTO 17/08/1977

PAIS: BRASIL

PAIS DE ORIGEM: FRANCISCO EDSON DE SOUZA REGIA MARIA PESSOA

PROFISSÃO: [] AOC: [] CADENA: AB

Nº REGISTRO 0410811719 VALIDADE 25/11/2018 1ª EMISSÃO 31/05/2007

Observações:

Janaina Borges de Souza

LOCAL: MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 27/11/2013

00188133804 RN701862912

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 881788371

PROIBIDO PLASTIFICAR 881788371



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Janaina Borges de Souza
RG nº 1856825, data de expedição 27/11/13, órgão SSP RN

CPF nº 031.246.344-30 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Jeremias de Rocha
Número	21
Apto / Complemento	caso
Bairro	Santa Antonia
Cidade	Metabol
Estado	Rio Grande do Norte
CEP	59611-190
Telefone de Contato	(84) 99824-0066
E-mail	Não Possui

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Metabol RN 06/09/18

Assinatura do Declarante: Janaina Borges de Souza



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
 SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

GUIMARÃES, GILSON AUGUSTO

CPF: 2936418-889-92 DATA NASCIMENTO: 12/05/1992

CPF: 405.456.484-67 DATA NASCIMENTO: 12/05/1992

IDENTIFICADO

WANDA DAS DORES PEREIRA

LOCAL HAB: 3

VALIDEZ: 04/02/2023 DATA EMISSÃO: 23/10/2013

REGISTRO: 05913926381

1487146852

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO PORTADOR: *Gilson Augusto Guimarães*

DATA EMISSÃO: 06/02/2019

LOCAL: MORBORDO, RN

40051367826
 88702718676

LUIS EDUARDO MACHADO PEREIRA

RIO GRANDE DO NORTE

CONTRAN

ARUANA SEGUROADORA
 10 DEZ 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gideon Jackson Bezerra

RG nº 2936438, data de expedição 08/02/18, Órgão SSPRN

CPF nº 103.868.484-67 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Jeremias da Rocha</u>
Número	<u>21</u>
Apto / Complemento	<u>-Lote</u>
Bairro	<u>Santa Antonia</u>
Cidade	<u>Monteiro</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59611-190</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Wes Petroui</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Monteiro RN 06/09/18

Assinatura do Declarante: Gideon Jackson Bezerra



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 08.374.195/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 115
-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

ADRIANA DA COSTA RIBEIRO
CPF: 012.730.844-03

DATA DE VENCIMENTO

04/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,96

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

012768152

Série: U

CONTA CONTRATO

007010303588

Nº DO CLIENTE

3810708160

Nº DA INSTALAÇÃO

0000585040

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JEREMIAS DA ROCHA 21

SANTO ANTONIO/ÁREA URBANA

59611-190 MOSSORO RN

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4333.7B12.131A.762C.DE73.8A14.533D.1E5C

As condições gerais do 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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	30,00	0,51517197	15,45
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,60
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,91
TOTAL DA FATURA			18,96

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	De Resv	Valor
26/07/18	20/08/18	71,94

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contém débitos em disputa judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 39 REN 414/2010. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh) 0,48081000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17
KWh	30	56	25	66	96	98	66	66	90	123	103	115	116

Faturamento pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 39, Resolução ANEEL 414/2010.

10 DEZ 2018

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,05	1,10	0,28	17,05	5,48	0,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO SECTOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº Dias	Constante	Ajuste	Consumo kWh
000000002156547844	CAT	15/09/2018 2.725,00	20/09/2018 2.725,00	4	1,00000	0,00	0,00
000000002156547844	CAT	20/09/2018 2.725,00	18/09/2018 2.725,00	27	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 28/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Duração de horas sem Energia	BARROCAS	0,00	4,83	0,91	10,82
FIC-No.de horas sem Energia		0,00	3,23	5,47	12,93
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
ELSD-Valor da Encarg. de Uso = R\$ 7,11					

Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICTO a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia do povo (Norteáfrica: rua para velho, 1215, centro / supermercado São Luiz: r. não pecunia, 517, bon-jardim). 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 Vermelha. 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% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010303588	09/2018	18,96	04/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

838300000004 189600384070 010303588206 049640124430



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco de Assis Ribeiro	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Aposentado	
IDENTIDADE:	CPF:	314.241.474-68
002.204.149		
ENDEREÇO:	Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio	

OUTORGADO

NOME:	Jose de Almeida Dantas de Lima	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	CPF:	024.335.994-23
003.552.123		
ENDEREÇO:	Rua Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio	

TESTEMUNHA 1:

NOME: Jomair Borges de Souza
CPF: 031.346.374-30 RG: 4856825
ENDEREÇO: Rua Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio

TESTEMUNHA 2:

NOME: Gideon Jackson Bezerra
CPF: 103.868.484-67 RG: 2936438
ENDEREÇO: Rua Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio

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

Mattaro 05/11/18

LOCAL E DATA

Adriana da Costa Ribeiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2ª Zona de Protesto de Títulos e Documentos

Praça Getúlio Vargas, 66, Centro.

Mossoró-RN

Fone (084) 3316-3693

Fax: (084) 3317-3498

Maria Luciene Gomes Fontes

Tabeliã

David Fernandes Fontes

Tabelião Substituto



Abdoral Gomes Fontes
Tabelião Substituto

Livia Thaisy Couto Fontes
Escrevente Autorizada

LIVRO Nº. 138

FLS.068.

PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM): FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO, na declarada forma abaixo:

Saibam quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos trinta (30) dias do mês de julho do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte, neste Cartório, compareceu como outorgante **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**, brasileiro, divorciado, beneficiário, portador da Cédula de Identidade nº.003.204.149-SSP/RN, inscrito no CPF/MF sob o nº.314.241.474-68, residente e domiciliado na rua Jeremias da Rocha, 21, bairro Santo Antonio, Cep.59611-190, Mossoró/RN; reconhecido como o próprio de mim Tabelião Substituto, por meio deste público instrumento de procuração, por ele me foi dito que nomeia e constitui sua bastante procuradora **ADRIANA DA COSTA RIBEIRO**, brasileira, solteira civilmente, manicure, portadora da Cédula de Identidade nº.002.222.204-SSP/RN, inscrita no CPF/MF sob o nº.012.730.844-03, residente e domiciliada na rua Jeremias da Rocha, 21, bairro Santo Antonio, Cep.59611-190, Mossoró/RN; A quem concede poderes específicos para representar o outorgante administrativamente e/ou judicialmente em desfavor da SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT E/OU DEMAIS SEGURADORAS, podendo tudo assinar concordar, discordar, receber valores devidos a ele outorgante, autorizar depósitos na conta do outorgante sito a agência do BANCO BRADESCO S/A, podendo para tanto, sacar valores provenientes da indenização, assinar as declarações sejam elas declaração de residência, declaração de ausência do laudo do IML, autorização de pagamento, tudo apresentar, solicitar e receber, apresentar, transigir, firmar compromissos ou acordo, referente a presente indenização, devendo assinar recibos e tudo o mais o que for preciso. Enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste Mandato. Pede e eu lhe lavrei este instrumento, que lhe li, achou conforme, vai devidamente assinado por Jose de Arimateia Dantas de Lima á rogo do outorgante por não ser alfabetizado e as testemunhas Leoberg Barbosa de Melo e Silvana Dantas Diniz, ambos brasileiros, maiores e capazes, residentes nesta cidade, a tudo presente. Emolumentos; Cartório R\$53,84; ISS R\$2,69; PGE R\$0,41; FORCPN R\$5,39; GUIA DE RECOLHIMENTO DE FRMP Nº.0000001465505, R\$1,66; GUIA DE RECOLHIMENTO DE FDJ Nº.7000003248404, R\$14,17; Total; R\$78,16. Eu, David Fernandes Fontes (David Fernandes Fontes), Tabelião Substituto do 7º Ofício, digitei, conferi, subscrevo e assino em público e raso de que uso.

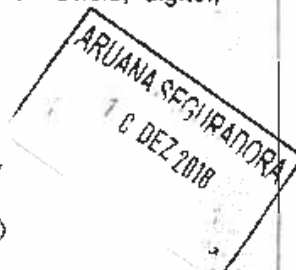
Á Rogo do Outorgante:

Jose de Arimateia Dantas de Lima

Testemunhas:

Leoberg Barbosa de Melo
Silvana Dantas Diniz

David Fernandes Fontes
CPF 042.233.134-17
SUBSTITUTO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445432/18

Número do Sinistro: 3180579751

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

CPF: 314.241.474-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA
CPF: 024.335.994-23

JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA

