



Número: **0812809-67.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59994 210	15/09/2020 19:32	<a href="#">2751228_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação

# 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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000057016-7

---

---

Nr. da Autenticação 41358F230627B172



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200206359 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTIANO ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA TÍBIA ESQUERDA  
FRATURA DE CALCÂNEO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CALCÂNEO (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO) E TRATAMENTO CONSERVADOR DA TÍBIA. P4 10  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



1/3

<b>NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA</b>				2ª VIA
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b> RUA MERMOSZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 55025-250 CNPJ 06.324.198/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0		 <b>COSERN</b> www.cosern.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvitoria 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
<b>DADOS DO CLIENTE</b>  EDILSON DE SOUSA ARAUJO CADASTRO DESATUALIZADO CPF: 393.032.414-87 NIS: 12130394029		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <h2 style="margin: 0;">20/02/2020</h2> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <h1 style="margin: 0;">0,00</h1>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 13/02/2020  <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 13/02/2020  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 037699049 <small>Série: 11</small>	
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  RUA TIBERIO BULAMARQUE 1723  BARROCAS/ÁREA URBANA 59621-130 MOSSORÓ RN		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <h3 style="margin: 0;">B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico</h3>		
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		<b>RESERVADO AO FISCO</b> EB00.E935.0489.E855.3453.29B9.5509.188A		
<b>DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL</b>				
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10387242	3,11	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,17806701	12,46	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	09,00	0,26710051	18,42	
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11315012	3,39	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19397164	13,57	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	58,00	0,20957477	20,07	
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,04	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,71	
ICMS-Parcela Subvencionada			7,05	
Multa por atraso-NF 036140611 - 16/01/20			1,81	
Juros por atraso-NF 036140611 - 16/01/20			0,20	
Atualização IGPM-NF 036140611 - 16/01/20			0,09	
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>87,72</b>	
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>				
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>		<b>COFINS</b>
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
72,08	18,00	12,97	72,06	0,78
			0,58	72,06
			3,62	2,69

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10387242	FEV 20	168
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17806701	JAN 20	170
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,26710051	DEZ 19	176
Consumo-TE até 30 kWh	0,11315012	NOV 19	161
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,19397164	OCT 19	139
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,20957477	SET 19	142
		AGO 19	173
		JUL 19	96
		JUN 19	122
		MAI 19	107
		ABR 19	90
		MAR 19	104
		FEV 19	103

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	27,37 37,85
Transmissão	3,01 4,18
Distribuição (Desem.)	18,28 20,34
Energias Alternativas	1,58 2,19
Tributos	16,53 22,38
Perdas da Rede	6,08 7,06
<b>TOTAL</b>	<b>72,08 100</b>

<b>DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</b>									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	PERÍODO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
00000002190541259	CAT	16/01/2020	945,00	1300,2020	1,115,00	28	1,00000	0,00	169,20
<small>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/03/2020</small>									

<b>DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</b>					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	METAS MENSAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS ANUAIS
DNC-No.de horas sem Energia	BARROCAS	0,00	4,95	8,	





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-32-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www.susep.gov.br/SistemaCIVIS/DOCORIGINALADPXTIPO=13000000-25936>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

**SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP** - ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. **CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF** - ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.615/98.

Pelo exposto, eu Edilson de Souza Araújo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 393032434, 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Cristiano Alves de Araújo inscrito (a) no CPF sob o nº 064869334, 43  
do sinistro da DPVAT cobertura Invalidez da vítima Cristiano Alves de Araújo  
inscrito (a) no CPF sob o nº 064869334, 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
Declaro Profissão: Recebeu Renda: Recebeu e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua Tiberio Bulmarque</u>	Número: <u>1123</u>	Complemento: <u>Cam</u>
Bairro: <u>Barrocas</u>	Cidade: <u>Manoá</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59.621-380</u>	Tel./DDD: <u>(81) 99827-0066</u>

Local e Data: Manoá - PA 16/03/2020

Edilson de Souza Araújo  
Assinatura do Declarante

PD01L001-V001/2012







LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES  
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES  
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (8 - 817/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
212052

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
15/04/1985

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR  
BRANCA

11 - NOME DA MÃE

TERESINHA VIEIRA DE ARAUJO

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
DDD 84 988504104

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE  
DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

TIBERIO BURLAMAQUI, 1723 - BARROCAS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59621130

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Queixa de dor e inchaço no  
calcâneo do pé direito*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*Indicador Cirúrgico*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

*Rx + Rf foto*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO CALCANEIO

24 - CID 10  
PRINCIPAL  
S92.0

25 - CID 10  
SECUNDÁRIO

26 - CID 10  
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEIO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
408050535

29 - CLÍNICA

ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

04865066497

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

IGO WALESCO DE MELO OLIVEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/02/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 21/02/2020

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SAME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Cristiane Alves de Araujo Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Em calcâneo e fíbula

Indicação terapêutica: Ortoplastia por fratura calcâneo

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador Dr. Galvão

1ª Auxiliar: Dr. Lya

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: Dr. Frederico

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(☒) Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

1) Paciente com dor no dorso do pé e na lateral

2) Dor no dorso do pé e na lateral

3) Dor no dorso do pé e na lateral

4) Dor no dorso do pé e na lateral

5) Dor no dorso do pé e na lateral

6) Dor no dorso do pé e na lateral

7) Dor no dorso do pé e na lateral

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 21/02/2020

SAME / ARQUIVO

Dr. Galvão  
Dr. Lya  
Dr. Frederico





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Gustavo Alves de Araújo Data: 16.02.20  
Cirurgia: HT cc frnt de tamagelo anti Instrumentadora: Uerebebron  
Cirurgião: Dr. Gedeilhe Auxiliar: Frederico Anestesia: Rogee  
Anestesista: Frederico Término: 17:50  
Início da Cirurgia: 17:00

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unidades
* GASES	80 unidades
* ESPARADRAPO	80
* COMPRESSAS	1 unidade
* LÂMINA DE BISTURI N°	3 pares de cada
* LUVAS	08 24
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 05 ML	2 unidades
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	Rogee
* Sonda ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL N°	
* Sonda FOLEY N°	
* Sonda NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	1 unidade
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	20 ca
* OUTROS FIOS	unidade 1 ca
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	30ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	30ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	2.000ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	3 unidades
* XILOCAINA A 2%	3 unidades
* ABD	1 unidade

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORO 21.10.2020

SANE / ARQUIVO



20/02/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO 34 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Letto: 305-4  
DATA DA ADMISSÃO: 16/02/2020 MOSSORÓ - RN CÓDIGO: 57613

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fratura: 05	4ª DIR: POI OSTEOSSINTESE CALCANEÓ ESQUERDO + FX OSSOS DA PERNA ESQUERDA - EM USO DE BOTA GESSADA (DM2)
	QP: SEM QUEIXAS
	EF: BEG, COTE, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO, EUPNEICO
	ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF
	AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SFA
	ABD: ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
	MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP, EM USO DE BOTA GESSADA
	<b>SITUAÇÃO:</b> SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA LABORATORIO (18/02/2020): HB: 12,1 HT: 95 LEUCO: 6.400 (LINFOCITOSE) UREIA: 21 CREAT: 0,6 GLIC: 205 TS: 1,3 MIN TC: 8 MDI
	CD:

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO PARA DM	
2	SF 0,9% 1500 ML, EV, PARA 24 HRS	10 20 30
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/8 HR SE NECESSARIO	S/N
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS SN	S/N
5 D4/D10	OXACILINA 500 MG - 04 AMP + 100 ML SF 0,9% - EV 6/6H	10 16 22 04
6	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18
8	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	10 16 22 04
9	GLUCOSE 50% - 4 AMP EV SE HGT < 70	S/N
10	SSV + CCGG	Rotina

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
CANE MOSSORÓ 21/02/2020

SAME / ARQUIVO

Dr. Apinambá Caldas Nogueira  
Ortopedista  
CRM 4017

21/02/20 - AUS MEDIC

TRAUSE. TAN POR INGUINO  
PO PSUA

Diego Arie...  
CRM 4017  
PO...  
TEOY-...



Prontuário: **212052**



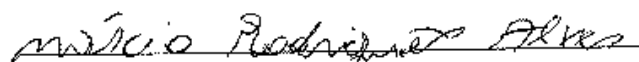
**SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA**

**PERMISSÃO**

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **CRISTIANO ALVES DE ARAUJO** (Fia: **817/2020**), CPF: **06486911441**.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 16 de Fevereiro de 2020.

  
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 21/02/2020  
B1/10  
SAME / ARQUIVO



20/02/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO 34 ANOS  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 5054  
DATA DA ADMISSÃO: 16/02/2020 MOSSORÓ-RN CODIGO: 57613

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 03	4º DIA: POI OSTEOSSINTESE C/1 CANHO ESQUERDO - FX OSSOS DA PERNA ESQUERDA - EM USO DE BOTA GESSADA (DM2)  OP: SEM QUEIXAS  EP: REG. COTU, AAL NORMOCORADO E HIDRATADO, ELIPNEICO ACV: RCR, 27, SEM SOPRO. 3NF AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SDA ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLORE A PALPAÇÃO MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP, EM USO DE BOTA GESSADA  SITUAÇÃO: SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SIS REG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA LABORATORIO (18/02/2020): Hb: 12,1 Ht: 35 LEUCO: 6.400 (LINFOCITOSE) UREIA: 21 CREAT: 0,6 GLIC: 205 TS: 1,3 MIN TC: 8 MIN  CD:

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO PARA DM	
2	SF 0,9% 1500 ML EV, PARA 24 HRS	08:22:32
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/6 HR SE NECESSARIO	SIN
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 HORAS 5N	SIN
5	ES/O10 OXACILINA 500 MG + C1 AMP + 100 ML SF 0,9% EV 6/6H	10:19:22 04/2
6	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	08
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18
8	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	10:16:22 04/2
9	GLICOSE 50% + AMP EV SE HGT < 70	SIN
10	SSVV + CCGG	Setim

Dr. Nolinanda Caldas L. Nogueira  
Ortopedista  
CRM-4037

21/02/20 - AUA MEDICA

TRUSSER TAO PR INGUINO  
PO POSUIA

Diego A. T. Lima  
CRM-4037





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Mariana Alves da Azevedo Idade: 34 Nº Reg. \_\_\_\_\_

Serviço: Telemática Enfº: 305 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Solicita visto cirúrgico

Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
TEO 145116  
CRM 6672

Mossoró, 18 de fevereiro de 20 20

Médico que solicita o parecer

PARECER: 34 anos - Anagise estoperes. Sem sinais de  
febre e ruído cardíaco normal do coração

RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11

RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11

RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11

RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11, RA: 12x11

18/02/20

Arturo Rosário de Miranda  
Cardiologista / Internista  
CRM 4282



17/02/2020 14:30

Dr. Livia Karina Freitas da Silva

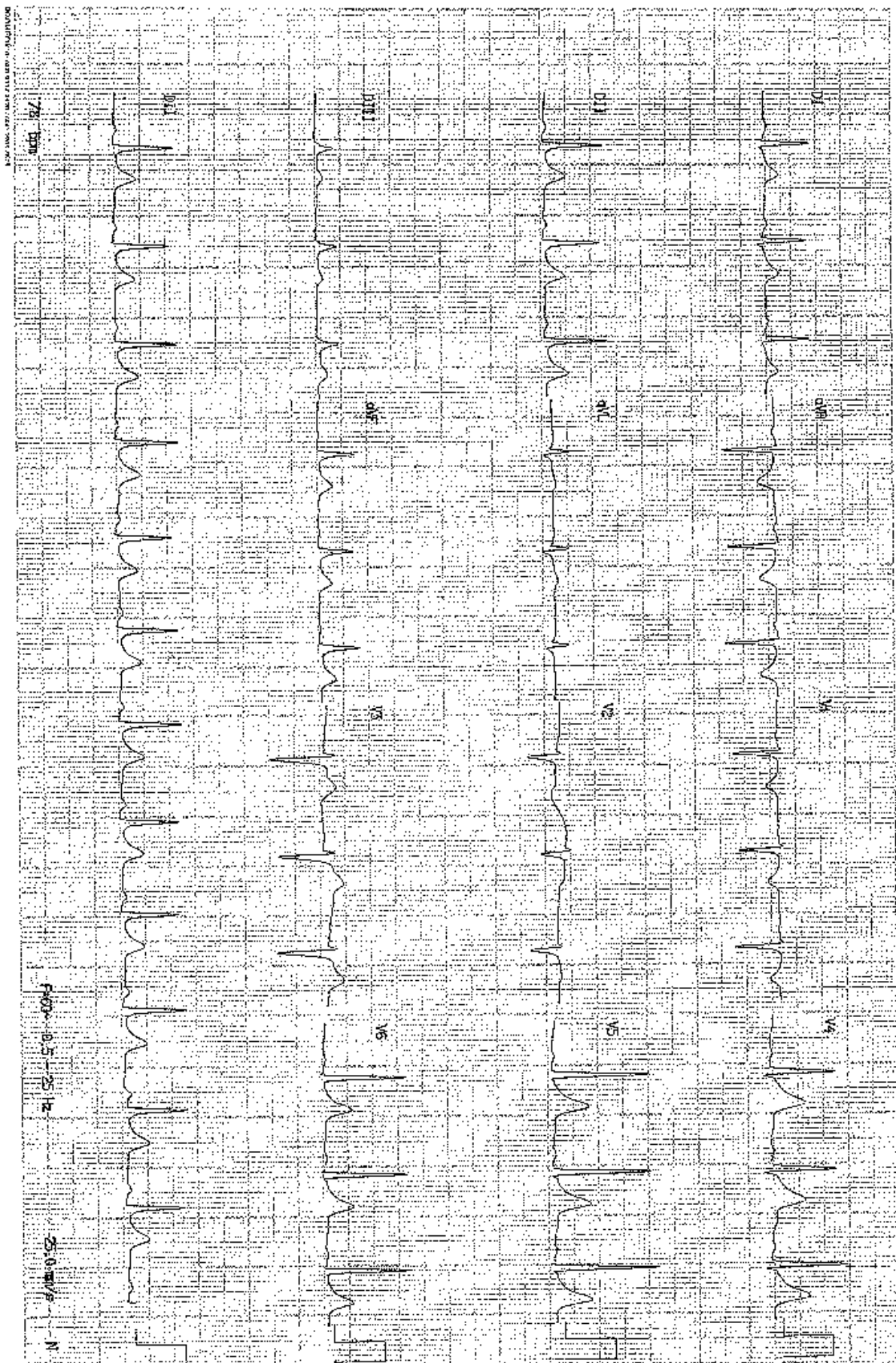
UTI FHM

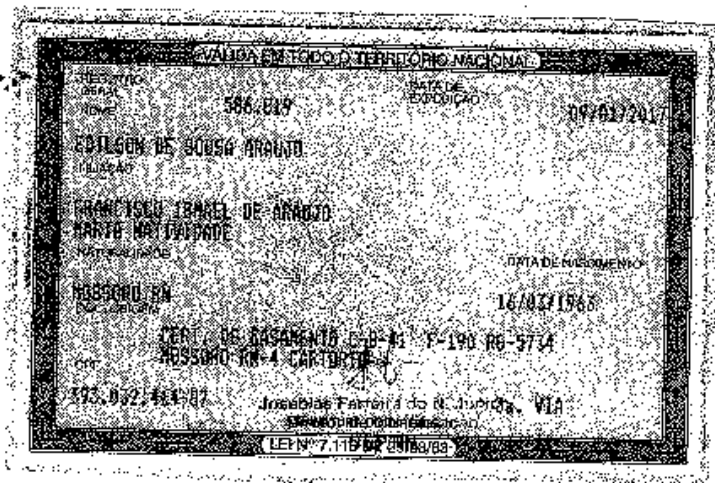
06/02/2020 14:00

Dr.

Brasil

4





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Cristiano Alves de Araújo, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, Data do Acidente 16/02/2020  
cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002545335, órgão expedidor  
Seg e do CPF: 064869334-43, residente no(a)  
Rua Tiberio Bulmarque nº 1723,  
bairro: Barrocas, município: Mozópolis / MS

### OUTORGADO:

Nome: Edilson de Souza Araújo, brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG  
586839, órgão expedidor Seg e do CPF: 393032434-87, residente  
no(a) Rua Tiberio Bulmarque nº 1723,  
bairro: Barrocas, município: Mozópolis / MS

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mozópolis - MS 16/03/2020

Local e Data

1º OFÍCIO

Cristiano Alves de Araújo

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



OFÍCIO DE NOTAS  
Cartório de Notas  
Eduardo de Menezes e Silva  
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160511/20

**Vítima:** CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

**CPF:** 064.869.114-41

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/02/2020

**Titular do CPF:** CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### EDILSON DE SOUSA ARAUJO : 393.032.414-87

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

#### CRISTIANO ALVES DE ARAUJO : 064.869.114-41

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2020  
Nome: EDILSON DE SOUSA ARAUJO  
CPF: 393.032.414-87

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

EDILSON DE SOUSA ARAUJO

THIARA VIRGINIA DA HORA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206359

Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON DE SOUSA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15847016

Pag. 00449/00450 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020225





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200206359**

**Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON DE SOUSA ARAUJO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CRISTIANO ALVES DE ARAUJO**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000003064**

**Conta: 0000057016-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01263/01264 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020632



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>

Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 20



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OUMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 064869334-43 3 - CPF da vítima: Cristiano Alves de Araújo 4 - Nome completo da vítima: Cristiano Alves de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSPE Nº 443/2012

5 - Nome completo: Cristiano Alves de Araújo 6 - CPF: 064869334-43 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Tiberio Bulamargue 9 - Número: 3723 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Batocá 12 - Cidade: Nazaré 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59621-130 15 - E-mail: Não possui (84) 99827-0066

16 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM EXERCIÇÃO

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDIA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos) Nome do BANCO: 22 - Agência: 5064 23 - Conta: 57036 24 - Agência: 25 - Conta:

26 - Agência: 27 - Conta: 28 - Agência: 29 - Conta:

30 - Agência: 31 - Conta: 32 - Agência: 33 - Conta:

34 - Agência: 35 - Conta: 36 - Agência: 37 - Conta:

38 - Agência: 39 - Conta: 40 - Agência: 41 - Conta:

42 - Agência: 43 - Conta: 44 - Agência: 45 - Conta:

46 - Agência: 47 - Conta: 48 - Agência: 49 - Conta:

50 - Agência: 51 - Conta: 52 - Agência: 53 - Conta:

54 - Agência: 55 - Conta: 56 - Agência: 57 - Conta:

58 - Agência: 59 - Conta: 60 - Agência: 61 - Conta:

62 - Agência: 63 - Conta: 64 - Agência: 65 - Conta:

66 - Agência: 67 - Conta: 68 - Agência: 69 - Conta:

70 - Agência: 71 - Conta: 72 - Agência: 73 - Conta:

74 - Agência: 75 - Conta: 76 - Agência: 77 - Conta:

78 - Agência: 79 - Conta: 80 - Agência: 81 - Conta:

82 - Agência: 83 - Conta: 84 - Agência: 85 - Conta:

86 - Agência: 87 - Conta: 88 - Agência: 89 - Conta:

90 - Agência: 91 - Conta: 92 - Agência: 93 - Conta:

94 - Agência: 95 - Conta: 96 - Agência: 97 - Conta:

98 - Agência: 99 - Conta: 100 - Agência: 101 - Conta:

102 - Agência: 103 - Conta: 104 - Agência: 105 - Conta:

106 - Agência: 107 - Conta: 108 - Agência: 109 - Conta:

110 - Agência: 111 - Conta: 112 - Agência: 113 - Conta:

114 - Agência: 115 - Conta: 116 - Agência: 117 - Conta:

118 - Agência: 119 - Conta: 120 - Agência: 121 - Conta:

122 - Agência: 123 - Conta: 124 - Agência: 125 - Conta:

126 - Agência: 127 - Conta: 128 - Agência: 129 - Conta:

130 - Agência: 131 - Conta: 132 - Agência: 133 - Conta:

134 - Agência: 135 - Conta: 136 - Agência: 137 - Conta:

138 - Agência: 139 - Conta: 140 - Agência: 141 - Conta:

142 - Agência: 143 - Conta: 144 - Agência: 145 - Conta:

146 - Agência: 147 - Conta: 148 - Agência: 149 - Conta:

150 - Agência: 151 - Conta: 152 - Agência: 153 - Conta:

154 - Agência: 155 - Conta: 156 - Agência: 157 - Conta:

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12  
https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513  
Número do documento: 20091519321170900000057569513

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTOATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL  
DATA: 17/03/2020  
TERMINAL: 30641021  
HORA: 16:13:19  
CONTROLE: 306410210557

~~306410210557~~  
CONTA CREDITADA: 3064 013.00057010-7  
NOME: CRISTIANO ALVES DE A  
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5.00  
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99960-9616  
NUMERO DO ENVELOPE: 4833042354

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025931/2020-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2020 13:22 Data/Hora Fim: 10/03/2020 13:23  
Origem: Data: 10/03/2020  
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 16/02/2020 01:15

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Bairro: Barrocas  
Logradouro: Marechal Deodoro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CRISTIANO ALVES DE ARAÚJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nas: 15/04/1985 Idade: 34 anos  
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Ajudante Geral  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Teresinha Vieira de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 084.069.114-41

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 1728  
Logradouro: Rua Tibério Bulamarque  
Bairro: Barrocas  
Telefone: (84) 98738-8515 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO EM UMA MOTO, NÃO SABE INFORMAÇÕES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Outros veículos
Descrição	Bicicleta	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Cristiano Alves de Araújo	Proprietário		



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 10/03/2020 13:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Vine no verso





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025931/2020-A02

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a sua bicicleta na via quando, ao manobrar para acessar uma rua, o autor do fato com velocidade excessiva, colidiu a sua moto contra a lateral do seu transporte, em seguida se evadiu do local; Que sofreu queda na via da sua bicicleta; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Heider Emerson Nogueira Jerônimo  
Agente de Polícia  
Matrícula 1690205  
Responsável pelo Atendimento

Cristiano Alves de Araújo  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pela informação acima assinada e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliczer Pinto  
Impresso por: Heider Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 10/03/2020 13:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Vine - verso



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>

Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 24



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 064869114-41 3 - CPF da vítima: Cristiano Alves de Araújo

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

5 - Nome completo: Cristiano Alves de Araújo 6 - CPF: 064869114-41  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Tiberio Bulamarque 9 - Número: 1423 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Batrocas 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-130  
15 - E-mail: Não possui 16 - Telefone: (84) 99827-0066

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO/INFORMAR SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Ativar uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (100)  
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
Nome do BANCO: Agência: 3064 Conta: 51016  
Informar o código do banco (informar o código do banco)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente por uma vez, a quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.259/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda à 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.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito sofrido por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6.139/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Graude do casamento com a vítima: 26 - Vítima deixou com patrimônio(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou patrimônio(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou patrimônio por herança? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou patrimônio por herança? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar com a prova em esta condição, estando minha, 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.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo): 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): 38 - 39 - Nome: CPF: Assinatura de testemunha: 39 - 2ª - Nome: CPF: Assinatura de testemunha:

40 - Local e Data: Mossoró - RN 16/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Cristiano Alves de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Periciador (se houver):

EPS-001 V003/2018

