



Número: **0800323-79.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Baraúna**

Última distribuição : **11/05/2020**

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	
EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60686052	29/09/2020 07:27	2753204_CONTESTACAO_Anexo_03	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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02828-2

CONTA: 000000016684-7

Nr. da Autenticação B1C879FE2C3801AF



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708149 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA, COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM EXTENSA ÁREA DE RETRAÇÃO CICATRICIAL E ATROFIA MUSCULAR NA REFERIDA PERNA.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

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





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

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\$ 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: **EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS**

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

Banco: **001**

Agência: **000002828-2**

Conta: **0000016684-7**

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Cidades do Tel 0438 de 260400

COMPANHIA DE ENERGIAS ELÉTRICAS - FATURAS - MOYALUSAL

Comp. de Energia do Rio Grande do Norte
Rua Lamer, 150, 11110 - Nova - RN, CEP 59026-250
CNPJ 09.374.196/0001-91 | Insc. Est. 20055189-0 | www.coenel.com.br

COSERN

DADOS DO CLIENTE
GERALDO J DE ARAUJO

CPF: 438.708.974-20

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7008813030 07/2019

11/07/2019 05/08/2019

142,00

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SENADOR DINARTE MAIZ 4 CD-03

CENTRO/ÁREA URBANA
BARAUNA/RN
50895-000

REDA 0000 0000 0000 0000 0000 0000

020505145 UNICA 0407/2019

APR05/2019 05/08/2019 0407/2019

0407/2019 0407/2019 0407/2019

Consumo (kWh)

Atividade: Sanders AMARAL

Consumo: 100,00 kWh

Valor por kWh: R\$ 1,42

Valor total: R\$ 142,00

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
100,00 kWh	R\$ 1,42	R\$ 142,00

TOTAL DA FATURA: 142,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESDE A ÚLTIMA FATURA

Nº DO	TÍPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO	CONSUMO	VALOR (R\$)
00000000	0000	01/01/2019	00000000	00000000	00000000	0000	0,00

DETA LHA DO SA LDO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
01/01/2019 a 01/02/2019	100,00	R\$ 142,00



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER EXECUTIVO
GOVERNO DO MUNICÍPIO DE BARAÚNA
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Sobrinho

CONDUTA
MÉDICA

PACIENTE: EDILEUSA VELOSO DA SILVA DIAS		EST. CIVIL: CASADO(A)	PROFISSÃO: AGRICULTOR(A)
PAI: MANOEL VELOSO DA SILVA		MÃE: FRANCISCA VELOSO DA SILVA	CARTÃO SUS: 000 0000 0000 0000
ENDEREÇO: R. DAVI SERAFIM		NÚMERO: 177	IDADE: 45 TELEFONE: (84) 99206-0035
PRÉ-CONSULTA >>>	PA: 140 x 80 mm	PESO: 0	TEMPERATURA: HGT: 0 SpO ₂ : 0 FC: 0
HISTÓRICO CLÍNICO		CONDUTA	
<p>Paciente com dor lombar forte - dor - fratura L5/S1 - dor - dor - dor do quadril; dor - dor, U. da</p>		<p>Dr. Victor Hugo da M. Silva Médico CRM/RN 71178</p>	
Nº ATENDIMENTO: 4930867		DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/2019	HORA: 21:44



08:00 - EXAMEN COM APLICAÇÃO DE GIPS E FIOZ;
AUTOLIGADO COM FIOZ DE CADODUTTO.

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.161-RN

12:20, 08/04/19

DEPUZADO PROCEDIMENTO DE SUTURA EM LESÃO PROFUNDA DE APROXIMADAMENTE 15cm
NA FACE ANTERIOR E INTERNA DA PERNA ESQUERDA.

- Assesoria
- Antissepsia
- Limpeza
- SINTIPE NA PELE COM NYLON 3-0

Prescrição: ① SAT, 5000 UI, IM 12:40
② Prescrição para casa de ANTIBIOTOTERAPIA, ANALGÉSICA E ANTIINFLAMATÓRIA

Alta Cir

RECIBO DE
ENTREGA DE
MEDICAMENTOS
E MATERIAIS

Romuel Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM/RN 6692

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MDSSORO 12.03.19
BIM
SAME FARMACIA

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA
DATA: 29/09/2020 07:27:25

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 013547267829	
84316910650		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
MARCA		RNTTC	
11	11152534	8000000000	
NOME/ENDEREÇO			
JOSE ITAMAR DE SOUZA			
RUA CONDE AGOSTINHO, 01564			
- CENTRO			
52900000 - RUSSAS/CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
03283781441		PMJ8422	
NOME ANTERIOR			
GUILHERME VICENTE DA SILVA			
PLACA ANTERIOR		CHASSI	
11152534		9C2KDD81GHR429969	
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
PES/VEICULO/NAC/APLIC		GASOL/ALCO	
MARCA/MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
HONDA/VERIGO 2005 EIDE		2017-2017	
COR DO CIL.		CATEGORIA	
2E/CCM/15200		BICICLO	
COR PREDOMINANTE			
VERMELHA			
SERVIÇOS			
MOTOR: K10GE1H429969			

LOCAL		DATA	
RUSSAS		03/05/2018	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458573/19

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

CPF: 010.329.824-03

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS : 098.083.984-05

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

EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS : 010.329.824-03

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 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: 18/12/2019
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS
CPF: 098.083.984-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA





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, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

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,

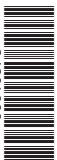
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15284235

Pag. 00755/00756 - carta_01 - INVALIDEZ

00010378





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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01013/01014 - carta_02 - INVALIDEZ

00060507



Carta nº 15295142



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>

Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 14



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 030329824-03 3 - CPF da vítima: 030.329.824-03 4 - Nome completo da vítima: Edileuza Veloso da Silva Dias

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

5 - Nome completo: Edileuza Veloso da Silva Dias 6 - CPF: 030.329.824-03
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Senador Dinarte Mariz 9 - Número: 9 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Baraúna 13 - Estado: GO 14 - CEP: 59695-000
15 - E-mail: Nao Possui 16 - Tel(DDD): (84) 99824-0066

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

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 ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 2828 2 CONTA: 56.684 7

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, 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 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 prosseguimento 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 da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito (da vítima):

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vive(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró-RN 26/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edileuza Veloso da Silva Dias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FP5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 09:57 Data/Hora Fim: 03/09/2019 10:18
Delegado de Polícia: André Gustavo Videres de Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Baraúna

Data/Hora do Fato: 07/07/2019 21:00

Local do Fato

Município: Baraúna (RN)

Logradouro: NO MOINHO NOVO

Complemento: EM FRENTE AO POSTO DE DENILSON

Bairro: CENTRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ ERIMAR DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN Baraúna

Sexo: Masculino

Nasc: 20/07/1979

Profissão: Marceneiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lúcia Benício Nunes

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1982993

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA GERÔNIMO ROSADO

Nº: 338

Bairro: CENTRO

Telefone: (84) 9654-3970 (Celular)

Nome Civil: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 09/10/1973

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002005234

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA SENADOR DINARTE MARIZ

Nº: 04

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino



Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Videres de Albuquerque
Impresso por: Fábio Sterfson Torres de Souza
Data de Impressão: 03/09/2019 10:18
Protocolo nº: Não disponível

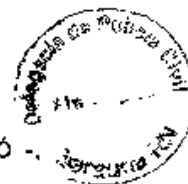
Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Caminhão/Caminhão Trator

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 032.037.814-41

Placa PMJ8422

Renavam 01115525341

Número do Motor KD08E1H429989

Número do Chassi 9C2KD0810HR429969

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

Cor VERMELHA

UF Veículo Ceará

Município Veículo Russas

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 09/05/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Erimar de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRABALHA COMO MOTOTÁXI E QUE NO DIA E HORA CITADO ACIMA ESTAVA FAZENDO UMA CORRIDA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM CAMINHÃO. O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA SEM CAPACETE E QUE SOFREU LESÕES NA PERNA ESQUERDA CONFORME EXAME FÍSICO, E QUE A PASSAGEIRA POR NOME DE EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS SOFREU FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA CONFORME EXAME FÍSICO

ASSINATURAS



Fábio Sterfon Torres de Souza

Agente de Polícia

Matrícula 169.224-0

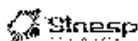
Responsável pelo Atendimento

José Erimar de Souza

José Erimar de Souza

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular(is) responsável(is) pelas informações acima assentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que coligi e/ou contendo previsto nos Artigos 339-Denúncia Criminosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Vitorino de Albuquerque

Impresso por: Fábio Sterfon Torres de Souza

Data de Impressão: 03/09/2019 10:18

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571>

Número do documento: 20092907272516000000058220571

Num. 60686052 - Pág. 17



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASA: 3 - CPF da vítima: 030.329.824-03 4 - Nome completo da vítima: Edileuza Veloso da Silva Dias

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Edileuza Veloso da Silva Dias 6 - CPF: 030.329.824-03

7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Senador Dinarte Mariz 9 - Número: 4 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Baraúna 13 - Estado: GO 14 - CEP: 59695-000

15 - E-mail: Não possui 16 - Tel.(DDD): (84) 99827-0066

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

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 ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco do Brasil

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 2828 2 CONTA: 56.684 7

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, 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 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, convalidando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da 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 e renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (valorosa)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró-RN 26/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **5449972019**

Admissão: 07/07/2019 23:08:03

OK

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: **44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS** (45 a 8 m 29 d)

Nascimento: 09/10/1973

Natural: ACU. BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01032982403

Prof:

Mãe: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59695000

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94784517

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:		
						07/07/2019 23:04:02				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO-EM PERNA ESQUERDA. CONSCIENTE E ORIENTADA DR VICTOR. BARAUNA.
Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, trazida pela ambulância sem protocolo. Provavelmente atendida no hospital de Barauna, onde foram feitos curativos. Negar vômitos, êmese, perda do nível de consciência. Refere dor na perna esquerda com ferimento profundo (sic).

- A. Vias aéreas patentes + sem desconforto + coloração cereal
- B. MV presente em AHT sem RA
- C. Hemodinamicamente estável, FC: 65 bpm, TEC < 2 seg
- D. ECG: IS; pupilas isocóricas e fotomédulas
- E. Ferimento em perna esquerda + quemadura em antebraço direito + quemadura em braço esquerdo.

Diagn. Inicial: TRAUMA

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. Dietetico			
2. Dipirona 500mg/ml, 2ml + 8ml ABD, IV			
3. Suturas com fechamento de plaças, curativo			
4. Avaliação da estomatoc			
5. Solução 20cc x de perna			
<p><i>Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva (E), 16/09/2020 07:27:25</i></p> <p><i>Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva (E), 16/09/2020 07:27:25</i></p> <p><i>Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva (E), 16/09/2020 07:27:25</i></p>			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)
CID: Proc: Data: 07/19. Hr: Médico: (Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/07/2019

SAME / ARQUIVO



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 07:27:25

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092907272516000000058220571

Número do documento: 20092907272516000000058220571

08:00 - GABINETE COM ATENDIMENTO NO SUÍTE 554.33;
AUTORIZADO PARA O CASO 20092907272516000000058220571.

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN

12:20, 08/04/19

DEPUZADO PROCEDIMENTO DE SUTURA EM LESÃO PROFUNDA DE APROXIMADAMENTE 15cm
NA FACE ANTERIOR E LATERAL DA PERNA ESQUERDA.

- Anestesia
- Antissepsia
- Lixa
- Sutura da pele com NYLON 3-0

Prescrição: ① SAT, 5000 UI, IM 12:40
② Prescrição para casa de ANTIBIOTOTERAPIA, ANALGESIA E ANTIINFECÇÃO

Alto Cir

08/04/2019
12:40
Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto

Romney Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM 6392

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DA SILVA
ENTRADA CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 12/04/2019
BIM
SANEAMENTO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA
DATA: 29/09/2020 07:27:25
NÚMERO DO DOCUMENTO: 20092907272516000000058220571

