



Número: **0813905-20.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.754,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|-----------------------------------|--------------------|---|--------------------------|
| JESSICA MILIANA DE ARAUJO (AUTOR) | | KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU) | | Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 60975366 | 01/10/2020 11:42 | 2755041_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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000067664-8

Nr. da Autenticação 2F4F60C5D07E413D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226998 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 1º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA
PÁG 1

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR-METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO POLEGAR-METACARPO DA MÃO ESQUERDA

**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 |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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:

☒

RECLUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 a R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

000267664

AGÊNCIA:

CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (ou Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vítima

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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (meninos)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não rubricado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 28/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:42:25

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111422543800000058500286

Número do documento: 20100111422543800000058500286

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.092.214-43 4 - Nome completo da vítima: JESSICA MILIANA 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: JESSICA MILIANA DE ARAÚJO 6 - CPF: 701.092.214-43
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Frei Damiano 9 - Número: 97 10 - Complemento:
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: maceio 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-428
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 84 99922 2073

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 (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 67664 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
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 necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (nasoturo)? ☐ 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 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, maceio, 09/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0301620

1. LOCAL DO ACIDENTE

| | | | |
|---------|----------------|---------|------------|
| Local: | Av. Rio Branco | Bairro: | 12 Anos |
| P. Ref. | Republic | Data: | 06/03/2020 |

2. VEÍCULO V-02

| | | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------|------------|-----------|-----------------|
| Placa | NNL-5E08 | Cidade | Mossoró | UF | RN |
| Marca/Mod. | HONDA/BIZ 125 KS | Ano | 2008/2008 | | |
| Proprietário | NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA | Nº de Ocupantes | 02 | | |
| Condutor | NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA | Data de nasc. | 13/01/1998 | | |
| Endereço | RUA DOM ELDER CÂMARA | Nº | 06 | Fone | (84) 98854-4034 |
| Bairro | BELO HORIZONTE | Cidade | MOSSORÓ | UF | RN |
| CPF nº | 707.157.464-21 | CNH | ***** | Categoria | ***** |
| | | | | Validade | ***** |
| Local de Trabalho | Inter Brasil Prestadora de Serviços | | | | |

3. VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

| | | | |
|------------------|-------------------------|---------------|---------|
| Onde transitava? | Av. Rio Branco | | |
| Em que sentido? | Centro / Belo Horizonte | Em que faixa? | DIREITA |

Versão do condutor:

"Alega que: Transitava na rua citada, com uma passageira de nome JÉSSICA MILIANA DE ARAÚJO, quando o veículo V-1 não respeitou a placa de PARE, vindo a colidir comigo. Com o impacto fiquei com vários hematomas, e desloquei a clavícula, fui conduzida para o HRTM por uma ambulância dos Bombeiros. Foi apresentado pela condutora do V-2 Certidão de ocorrência dos Bombeiros Nº 008/2020, e Boletim de Atendimento Médico do HRTM Nº 4841/2020.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Assinatura do Condutor/ declarante | Nayara Raquel Lima Pereira |
|------------------------------------|----------------------------|

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 10/03/2020, na Sede do 2º DPRE.



| | | | | | | | |
|---|-----------|------------------------------------|-----------|---------|------|---------|---------|
| Nome do Agente que registrou as informações | | Deivid Neimar Siqueira de Oliveira | | | | | |
| Posto/Graduação | 3º Sgt PM | Matrícula | 164.192-1 | Viatura | **** | Unidade | 2º DPRE |

3º Sgt PM Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Tráfego do 2º DPRE.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0301620

1 - LOCAL E DATA

Local Av. mo branco Bairro 12 anos
Cidade/UF Mossoró P. Ref. Republic
Data 09/03/2020 Hora do acidente 17:10 Hora do registro 17:46 Dia da semana Sexta-Feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KKR1D6T Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. VW/Polo 1.6 Cor Preta Ano 2005/2006
Proprietário Igor Matheus de Oliveira Nº de Ocupantes 02
Condutor o mesmo Data de Nasc. 07/07/1996
Endereço Rua Frei Miguelinho Nº 810 Fone 99424793
Bairro 12 anos Cidade Mossoró UF RN
CPF Nº 103417134-92 CNH Nº 07051056857 Validade 21/03/2023 Categoria AB
Local de Trabalho Hiper Galeteira Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro Bom Jesus Cidade Mossoró

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNL5E08 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. Honda Biz 125 Ks Cor Preta Ano 2002/2008
Proprietário Mayara Raquel Lima Pereira Nº de Ocupantes 02
Condutor a mesma Data de Nasc. 13/03/1998
Endereço Rua Bonifácio Comares Nº 06 Fone 88544034
Bairro Rio Hampton Cidade Mossoró UF RN
CPF Nº 707157464-21 CNH Nº NÃO POSSUI Validade - / - / - Categoria -
Local de Trabalho Escola Alvaro Pires Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Lopes Trovão

Em que sentido? centro/ Beze anos

Em que faixa? direita

Versão do condutor transitava no sentido acima citado ao cruzar a av. Rio Branco ecutou uma parada do seu lado direito no veículo.

Assinatura do Condutor do V1 [assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| Luminosidade | Cond./Tempo | Tipo da Pista | Caract./Pista | Cond./Pista | Sinalização |
| <input type="checkbox"/> Amanhecendo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto | <input type="checkbox"/> Reta | <input checked="" type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Inexistente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia | <input type="checkbox"/> Nublado | <input type="checkbox"/> Paralelepípedo | <input type="checkbox"/> Curva | <input type="checkbox"/> Molhada | <input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito |
| <input type="checkbox"/> Anoitecendo | <input type="checkbox"/> Chuva | <input type="checkbox"/> Concreto | <input type="checkbox"/> Ative Ingreme | <input type="checkbox"/> Inundada | <input type="checkbox"/> Do Semáforo |
| <input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Nebulina | <input type="checkbox"/> Cascalho | <input type="checkbox"/> Ative Suave | <input type="checkbox"/> Poças D'água | <input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre |
| <input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação | <input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Terra | <input type="checkbox"/> Declive Ingreme | <input type="checkbox"/> Oleosa | <input type="checkbox"/> Linha _____ |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente | | <input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Declive Suave | <input type="checkbox"/> Enlameada | <input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>PARA</u> |
| | | | <input type="checkbox"/> Lombada | <input type="checkbox"/> Em Obras | <input type="checkbox"/> Lombada eletrônica |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento | <input type="checkbox"/> Com Buraco | <input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H |
| | | | <input type="checkbox"/> Rotatória | <input type="checkbox"/> Com Areia | <input checked="" type="checkbox"/> <u>PLACA PROIBIDO ESTA</u> |
| | | | <input type="checkbox"/> Retorno | | <input type="checkbox"/> <u>CLONAR</u> |
| | | | <input type="checkbox"/> Entroncamento | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Bifurcação | | |

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

12 ANOS
RUA LOPES TROVÃO

REPUBLICA

PRACA DE ESPORTES

PRACA DOS PATINS

RUA LOPES TROVÃO

CENTRO

ARVORE

VESTIGIOS

SEMAFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

VEICULO 1

VEICULO 2

VEICULO 3

VEICULO 4

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PORTAS LATERAIS
DOBRETA, VIDROS DAS PORTAS,



AVARIAS DO VEÍCULO 2 Retrôvisão
ESQUERDA, ARRANHÕES NA CARRE-
NAGEM LATERAL ESQUERDA



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO CÓD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Após chegar ao local do acidente V1 não estava no ponto de impacto de V2, mas foi possível ouvir a buzina de V2, pois os condutores e passageiros não estavam em condições no momento do qual ocorreu o acidente. Foi feito auto de infração por V2 devido a mesma não possuir CNH, a moto da mesma foi entregue a seus familiares que estavam no local do acidente. A-18 135196

Nome Completo do Agente HUDSON NEJMAR SILVA DE OLIVEIRA
POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº 00.266 Vistoria VTR P.ROMA Subunidade: 2ª DP RE
Local e Data Mossoró 06 de Março de 2020
Assinatura do Agente de Trânsito





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 4843 /2020

Admissão: 06/03/2020 17:55:09

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 58566 - JESSICA MILIANA DE ARAUJO (23 a 1 d)

Nascimento: 05/03/1997

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: SAMU

Pai:

Logradouro: FREI DAMIAO, 97

CEP: 59604428

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96518425

Compl: (LOT. CARNAUBAL)

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: gestante no 6º mes com escoreção em mão direita e d'r em membro inferior esquerdo

Classificação:

PESO:

06/03/2020 17:52:25

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|--------|-----|-------|------|------|--------------|-------|---------|-----|
| | 110/80 | | 99 | | 0 | | | | |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO APP → Nega alergias

Queixas: paciente conduzido pelo samu colisão carro e moto

Dt e Hora: 06/03/2020, última de acidente automobilístico, colisão (carro x moto), em uso de capacete, refere dor em região de epigastrio de cerca - E, nega náuseas, nega vômitos ou perda de consciência; Per um estado grave, IG-23A, refere abnória com um barco-vinte anos de idade;

A- Vias aéreas - permeáveis, sem ruídos;

B- supnó, MVQ, EM ANT, SRA, 90% - 96%;

C- ritmo cardíaco normal, insuflável, FC - 115 bpm, abd- insuflável a palpação sup/inf, sem sinais de sangramento aparente;

D- ECG - 15, P15FR;

E- Auscútil insuflável a compressão lateral, refere dor em cerca - E, apresentando leve entorpecimento de membro, sem emparelhamento aparente; relato dor em região

Diagn. Inicial: traumatismo de 1º grau de lesão - E.

Assin:

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORARIO | ASSINT. |
|-----------------------------------|-----|---------|---------|
| Soluto malhando da osteopatia | | | |
| Nega alergia | | | |
| 1) Dipirona 2ml IV de 6h | | 19:55 | MA |
| Estável, cor-de-rosa, expulsa | | | |
| Ritmo cardíaco normal, insuflável | | | |
| FC - 115 bpm, 154 bpm | | | |
| ABD - 21:55 | | | |

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROE)

CID

Proc.

Data:

/ /20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA, impresso em 06 de Março de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 10/03/2020

B/M

SAME / ARQUIVO

Dr. MAYARA G. SOARES
Delegada e Responsável
Especialista
H. MARIA OKAMOTO
UROLOGISTA
CRM 8015





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Vítima de trauma com dor em
bax de pelvis (E).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de fixação cirúrgica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura autocorpo

24 - CID 10 PRINCIPAL

S62.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de autocorpo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0.4P8 P20539

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉQUE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

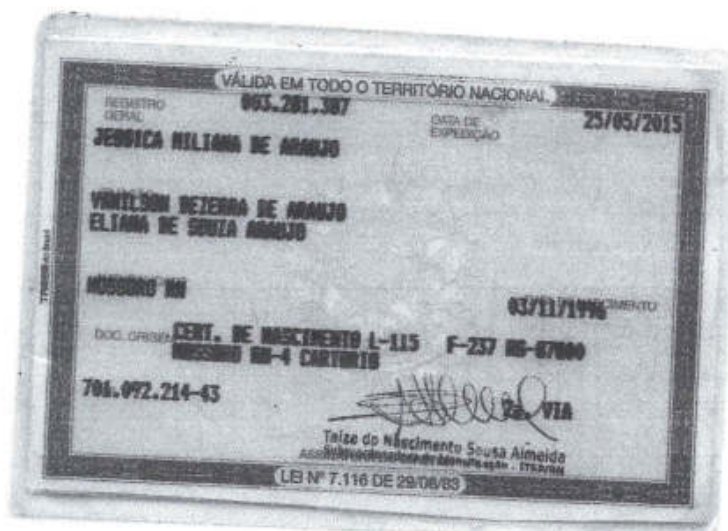
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015157846430

VIA 1 CDD RENAVAM 00989890570 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2020

NOME
 NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA

CPF / CNPJ 707.157.464-21 PLACA>NNL5E08

PLACA ANT / UF>NNL5408/RN CHASSI 9C2JA04108R063766

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLI COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 0CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PRÉDOMINANTE PRETA

| | COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. / COTAS |
|---|----------------|----------------------|---------------|
| I | R\$ 0.00 | 13/05/2020 | 1º ISENTO |
| V | FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS | 2º ISENTO |
| A | 002005 | 3X R\$ ***** | 3º ISENTO |

PRÊMIO TAFARIÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
PARA TRANSFERENCIA

MOTOR: 9C2JA04108R063766

MOTOR: 9C2JA04108R063766

Carlos Silvestre da Silva
 Coordenador de Registro de Veículos 11/03/2020
 DETRAN-RN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175600/20
Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

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: 25/06/2020
Nome: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43

JESSICA MILIANA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jessica Miliana De Anayel, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Recruza, Data do Acidente 06/03
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 003.281.387, órgão expedidor
ITER e do CPF: 703.092.214-23 residente no(a)
Faz. Damiano nº 97,
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Alysson Wende de Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: casado Profissão: Recruza, portador(a) do RG
003.461.882, órgão expedidor ITER e do CPF: 968.549.044-53 residente
no(a) Sebastião May nº 10,
bairro: Nova Zelândia, município: Mossoró / RN.

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, 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.

Mossoró - RN 28-05-2020
Local e Data

Jessica Miliana de Anayel
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158612/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA : 968.574.044-53

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

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: 05/06/2020
Nome: ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA
CPF: 968.574.044-53

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

ALCIMARIA DA SILVA LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175600/20

Vítima: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

CPF: 701.092.214-43

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA MILIANA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JESSICA MILIANA DE ARAUJO : 701.092.214-43

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: 25/06/2020
Nome: JESSICA MILIANA DE ARAUJO
CPF: 701.092.214-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

JESSICA MILIANA DE ARAUJO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

