



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
60975 366	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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:42:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111422543800000058500286>
Número do documento: 20100111422543800000058500286

Num. 60975366 - Pág. 1

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:

701.092.24-33

4 - Nome completo da vítima:

Jéssica Milene de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Jéssica Milene de Araujo

6 - CPF:

403-092-24-33

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Frei Ormílio

9 - Número:

97

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Belo Horizonte

12 - Cidade:

MG-25000

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59603428

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 99.31-7083

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 CONTA POUPANÇA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 00067664 8

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei G. 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 (não cas.) Divorciado Separado (não cas.) Vívo

24 - Data da morte 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deu à

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 elaborado

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: M092019 AN 28/05/2020

Jéssica Milene de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.092.214-43

4 - Nome completo da vítima:

jessica miliana de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

jessica miliana de Araujo

6 - CPF:

701.092.214-43

7 - Profissão:

autônoma

8 - Endereço:

Frei Damiao

9 - Número:

97

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Belo Horizonte

12 - Cidade:

mosseiro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59609-428

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 999222073

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:

 RECUZO 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)

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 67664

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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) Divorciado 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 (nêncio)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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)

40 - Local e Data,

mosseiro, 09/06/2020

jessica miliana de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

LV002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA 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 - VÉHICULO V-02

Placa	Marca/Mod.	Cidade	Messoró	UF	RN
NNL-5E08	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	*****
Local de Trabalho	Inter Brasil Prestadora de Serviços			Validade	*****

3 - VERSÃO DO CONDUTOR/ DECLARANTE DO 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 apresentada 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, condutor, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em julgo 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.

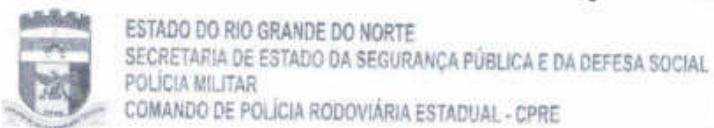


Nome do Agente que registrou as informações	Deivid Neimar Siqueira de Oliveira						
Posto/Graduação	3º Sgt PM	Matrícula	164.192-1	Vistoria	****	Unidade	2º DPRE

33º PM Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Trâfego do 2º DPRE.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0301620

1 - LOCAL E DATA

Local AV. mo branco Bairro 12 ares
Cidade/UF Messias P. Ref. Repúbl
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
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KKR1067 Cidade Messias UF RN
Marca/Mod. VW/ Polo 1.6 Cor Preta Ano 2005/2006
Proprietário Igor Matias de Oliveira Nº de Ocupantes 02
Condutor IGOR M. MESMA Data de Nasc. 07/10/1996
Endereço Rua Frei Miguelinho Nº 810 Fone 99424793
Bairro 12 ares Cidade Messias UF RN
CPF/Nº 103.717.134-92 CNH/Nº 07051056857 Validade 21/103/2023 Categoria AB
Local de Trabalho Hiper Gaúchus Fone _____
End. _____ Bairro Bonitinho Cidade Messias

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNL5E08 Cidade Messias UF RN
Marca/Mod. Honda Biz 125 KS Cor Preta Ano 2008/2008
Proprietário Dayana Roque Lima Pereira Nº de Ocupantes 02
Condutor IGOR M. MESMA Data de Nasc. 03/10/1996
Endereço Rua bom dezen Camarao Nº 06 Fone 83744034
Bairro 12 ares Cidade Messias UF RN
CPF/Nº 707.157.464-21 CNH/Nº NÃO Possui Validade - / - / - Categoria -
Local de Trabalho Fábrica Alteo Fone _____
End. _____ 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 Travassos
Em que sentido? Bento/Beira mar Em que faixa? direita
Versão do condutor transitava no sentido acima citado as
cruzan a av. Rio Branco esquerda srao parado do
seu lado direito no sentido.

Assinatura do Condutor do V1 

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 _____

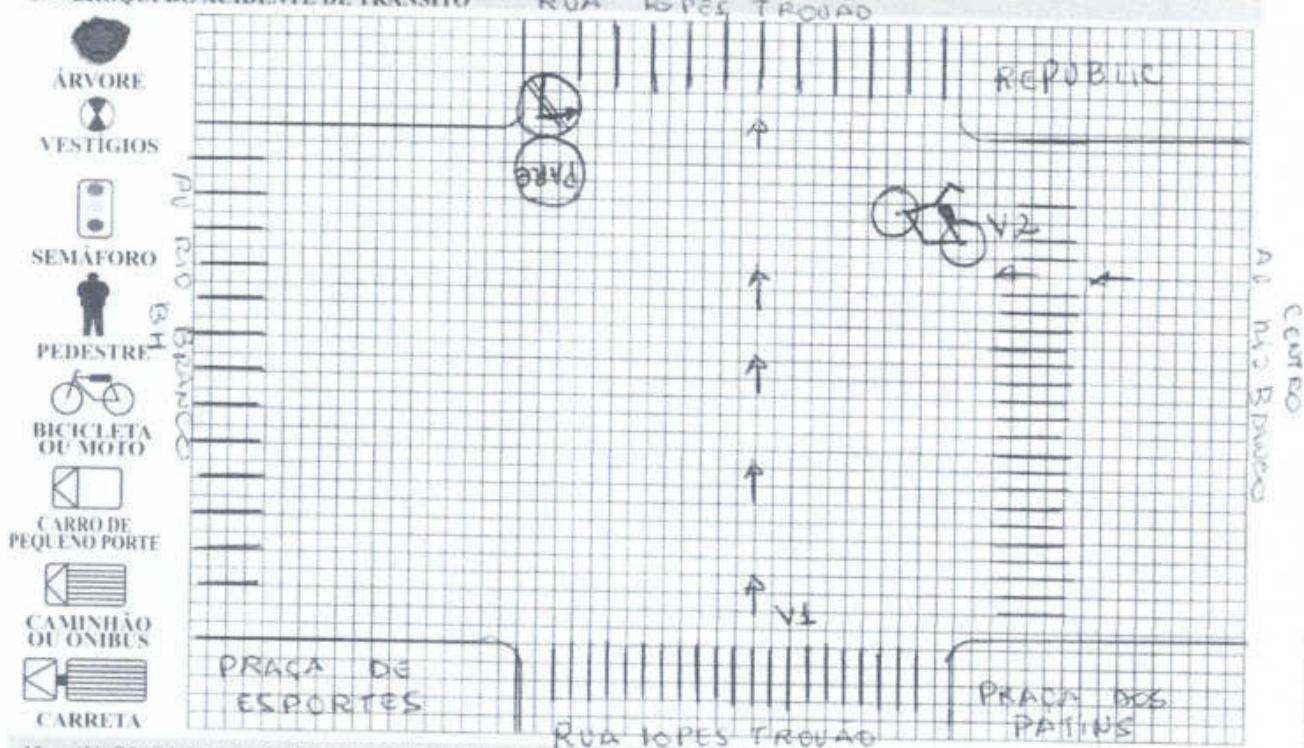
Assinatura do Condutor do V4 _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input 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"/> Aclive 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"/> Aclive 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>PARE</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"/> Véh. Máx. Perm. <u>KM/H</u>
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> PLACAS PROIBIDO ESTÁ
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> DLANAR
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
				<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 Portas laterais
Dirretas, vidros das portas,



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 retrovisor
esquerdo, arranhões na carenagem lateral esquerda



AVARIAS DO VEÍCULO 4



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

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

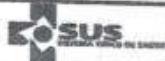
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN⁺ CÓD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
Ao chegar no local do acidente, só não estava no ponto de impacto de V2, não foi possível checar a tração de V2 para concluir se passageiro ou estavam envolvidos no momento do qual ficou socorridas ao falar que já havia saído daquele local do acidente. Foi feito auto de infração para V2 devido a mesma não possuir CNH, a moto da mesma pertencia a seu familiar, que estava no local do acidente. A-18135196

Nome Completo do Agente Hudson Neimar Siqueira de Oliveira
POSTO/GRAD.: 3º GGT PM N° 04.266 Viatura VTR PROMET Subunid.: 2º DPRE
Local e Data Horário _____ DE Março de 2020 Hudson Assinatura do Agente de Trânsito





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 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Mac. 1 Fem. 3

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - FONE DE CONTATO

DDD

N.º DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

14 - FONE DE CONTATO

DDD

N.º DO FONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Nitida de trauma com dor em
box de peligro (E).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de fixação óssea

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

Rx + exame frcio

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura metacorpo

24 - CID 10 PRINCIPAL

562.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de metacorpo

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04P8 P00539

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

08/03/2020

DI

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

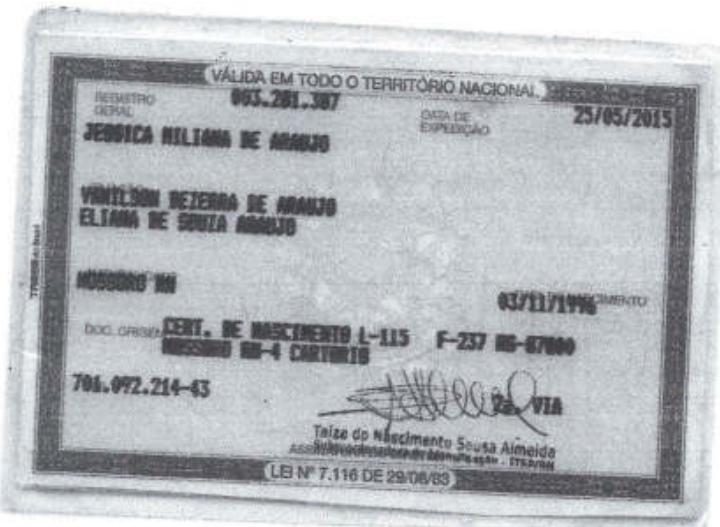
() CNS

() CPF

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:42:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111422543800000058500286>
Número do documento: 20100111422543800000058500286

Num. 60975366 - Pág. 12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015157846430

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	00989890570	*****	2020
NOME			
NAYARA RAQUEL LIMA PEREIRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
707.157.464-21		NNL5E08	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NNL5408/RN		9C2JA04108R063766	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSEIROS/MOTONETA/NAO APLI		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 KS		2008	2008
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	R\$ 0.00	13/05/2020	
P	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
V	002005	3X	R\$ *****
A			3 ^a ISENTO
PRÉMIO TANFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*** TAXAS DETRAN - PAGO		*** DPVAT - PAGO	
PRÉMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO CERTIFICADO			
MOTOR: 9A04818063766			
NAYARA PEREIRA TRANSFÉRÉNCIA			
MORROBOM/RN		DATA	
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

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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:42:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111422543800000058500286>
Número do documento: 20100111422543800000058500286

Num. 60975366 - Pág. 14

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Flávia Miliana de Araújo, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Recepcionista, Data do Acidente 06/03
Cobertura indefinida, portador(a) do RG 003.283.387, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 701.092.214-23 residente no(a)
Frei Damiao nº 974,
bairro: Belo Horizonte, município: Mesmo / RN.

OUTORGADO:

Nome: Alysson Winde de Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: Casado, Profissão: Recepcionista, portador(a) do RG
003.461.882, órgão expedidor ITEP e do CPF: 062.534.044-53 residente
no(a) Sébastião Mai nº 10,
bairro: Nova Belém, município: Mesmo / 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.

Mesmo - RN 28-05-2020
Local e Data

Flávia Miliana de Araújo
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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

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

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

