



Número: **0824614-41.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DA SILVA SOARES (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61110447	05/10/2020 15:54	2755087_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros documentos

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES

Nº Sinistro: 3180258803

Vítima: JOSE DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180258803**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12930738

Pag. 01169/01170 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES
Nº Sinistro: 3180258803
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180258803**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0117/01172 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12948797



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOARES

Sinistro: 3180258803
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180258803** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00673/00674 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13062494



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142602

A/C: JOSE DA SILVA SOARES

Nº Sinistro: 3180258803
Vitima: JOSE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DA SILVA SOARES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000168391-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01781/01782 - carta_15R - INVALIDEZ

00020891



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

026.294.724-28

JOSE DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE DA SILVA SOARES

CPF titular da conta

026.294.724-26

Profissão

meccan

Endereço

Rua Principal

Número

2107

Complemento

Bairro

SERENA DA LIMA

Cidade

SÃO GONÇALO DE AMARAL RN

Estado

RN

CEP

59290-995

Email

Mãe Maria

Telefone (DDD)

(84) 98706-5799

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

DV

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mato 06 de Junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

JOSE PASILVA SOARES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



CAIXA

CAIXA TECNICA FEDERAL

118: NOTÍCIAS de segunda-feira a sábado, Apoi

150 568442330-8

30/MAI/2018

HORA DE 09:51:18

LOT: 17.017801-3

TERM 04088

LOCALIDADE: SAO CUNHA DO AMARANTE

AG. VINCULADA: 2010

CONTROLE: 150101082

[REDACTED]

NOME: JOSE DA SILVA SUARES

AGENCIA: 2010

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.168.391-0

DATA DA ABERTURA: 30/05/2018

LOTerias CAIXA

150 568442330-8

2ª VIA

CAIXA

LOTerias CAIXA

CAIXA

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N. CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016027001535
1.2 Data de Expedição: 06/06/2018 10:22:52
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/02/2018 05:30:00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇÁVEL QUE LIGA SERRINHA A OLHO D'ÁGUA
2.8 Número: -
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: SERRINHA
2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE DA SILVA SOARES
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: MAURINO RODRIGUES SOARES
3.5 Étnia: Sem informação
3.6 Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 02629472426
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 27/09/1974
3.13 Profissão: AUTÔNOMO
3.14 RG: 001411708 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 988134051
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 34
3.18 Naturalidade: SERRINHA RN
3.19 Bairro: SERRINHA DE CIMA
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: R. PRINCIPAL
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: JOSELITO MARQUES DA SILVA
6.1.2 Nome Social:
6.1.3 Estado civil: Casado(a)
6.1.4 Étnia: Sem informação
6.1.5 Identidade de Gênero:
6.1.6 Mãe: FRANCISCA ROBERTO MARQUES
6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.8 Sexo: MASCULINO
6.1.9 Pai: Sem informação
6.1.10 CPF:
6.1.11 Data de Nascimento: 24/10/1978
6.1.12 Nacionalidade:
6.1.13 RG: 1755334
6.1.14 Passaporte:
6.1.15 Profissão: FOTÓGRAFO
6.1.16 Logradouro: R. PRINCIPAL - SERRINHA DE BAIXO
6.1.17 Número: 06
6.1.18 CEP:
6.1.19 Bairro: SERRINHA DE BAIXO
6.1.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****05749
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: QGA8398
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN EX
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSELITO MARQUES DA SILVA
7.1.16 Vinículo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: JOSELITO MARQUES DA SILVA
7.1.18 Observações:

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E ALEGOU QUE: ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, PILOTADA PELA TESTEMUNHA, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE E PARA NÃO COLIDIR O PILOTO FREIOU A MOTO, VINDO O GARUPA A PASSAR POR CIMA DO PILOTO E CAINDO NO CHÃO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CLOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O B.O. E ENCAMINHADO AO CARTÓRIO.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 06/06/2018 10:22:52



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071

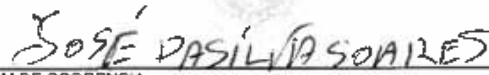
Número do documento: 20100515543410100000058626071


1582350-0



Polgar direito

Atendimento: 1582350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA
Impresso por: 1582350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA em 06/06/2018 10:22:57


JOSÉ DASILVA SOARES

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE DA SILVA SOARES

CPF da Vítima

626.294.724-26

Data do Acidente

07/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Natal 06 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

JOSE DA SILVA SOARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6096 /2018

Admissão: 07/02/2018 09:59:28



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Ato declaratório

FATURADO

EM

Paciente: 60523 - JOSE DA SILVA SOARES (43 a 4 m 10 d)

Nascimento: 27/09/1974

Natural: SERRINHA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898000754715177

CPF: 02629472426

Prof:

Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA

Pai:

Logradouro: MACEDO, 4

CEP: 59298622

Bairro: SERRINHA

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIA

*Empresa:

Fluxograma:

OBS: REGULADO COM DR. GESSICA

HORA	P.A.	HGT	S	FR	E.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TREAUMA EM OMBRO DIREITO

Hora:

Após acidente de moto, queda, contusão
do ombro D. Sem outras queixas ou lesões

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Médico Responsável: Pat. Semiologia

08 02 18

RATOS-X/027
Realizado em: 02/18
Técnico: [assinatura]

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 07 de Fevereiro de 2018.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWV.

ELEMENTOS DA ESCALA DE ROMA GLASGOW	
Abertura (Gravidade)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal (não confusão com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (RMV)	
Responde (Responde com um termo a propósito quando se pergunta qual seu nome, idade, endereço, mês, o dia da semana)	5
Responde (Responde às perguntas correntes, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Responde às perguntas (Não responde, mas sabe reconhecer a pergunta)	3
Sabe reconhecer (Responde com sílabas desconexas)	2
Além disso	1
Melhor resposta motora (RMm)	
Obedece a ordens simples (Faz coisas simples quando se dá ordens)	5
Localiza dor pelo toque	4
Responde ao estímulo por	3
Flexão flexão do (desconhecido)	2
Movimento voluntário (desconhecido)	1
Sem resposta motora.	0
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	POSSUIÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3
	9-12 = 2
	6-8 = 1
	4-5 = 0
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-24 = 2
	25-30 = 1
	6-9 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 0
	60 = 1
	30-59 = 2
	70-89 = 3
	90 = 4

SEM GOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

Num. 61110447 - Pág. 12

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNOSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Dr. Alípio Carmo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 47627-0/MT 11790
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/07/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DA SILVA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000168391-0

Nr. da Autenticação E1F6FD3750DE7721





Tarifa Social de Energia Elétrica: Cuiabá pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTABILIDADE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 159 - Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81 | Ins. Est. 10053199-0 | www.cosern.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ENTRADA DA UNIDADE DE CONSUMIDOR

RUA SANTA MARIA, 22

CPF 702.851.364-53

CLASSE DE CONSUMO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofaseado

DELA PAXINAMIRIMAREA URBANA
PARANAMIRIMEN
59142-002

CÓDIGO CONTRATO

MESIANO

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

EMISSÃO

000749066

UNICA

17/10/2017

APROVAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

17/10/2017

0000091617

1233615

7004991243

10/2017

DATA DE VENCIMENTO

DATA DE VENCIMENTO

24/10/2017

14/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

115,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	178,000000	0,55103518	97,11
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,17
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,02
Contribuição de Iluminação Pública			1,73

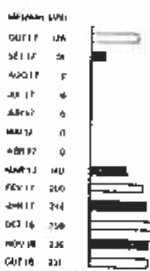
TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

115,03

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
319884121	- B1	15.06.16	2.987,00	17.10.17	3.283,00	32	-10000		178,00

INFORMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO



INFORMAÇÃO DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	18,00	17,28
PIS	1,11	1,34
COFINS	5,14	5,38

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição do Consumo	R\$	%
Consumo Ativo	97,11	84,46%
Transmissão	4,36	3,79%
Distribuição (Perdas)	22,88	19,75%
Perdas na Transmissão	5,82	5,06%
Perdas na Distribuição	6,78	5,89%
Taxas	20,81	18,09%
TOTAL	115,03	100%

DESCRIÇÃO DO FISCAL

1608 C500 04054303 DE93 B7AB 61AB A434

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O consumidor deve ficar atento às informações contidas nesta fatura, pois elas são essenciais para a correta utilização dos serviços de energia elétrica. Caso haja qualquer dúvida ou reclamação, o consumidor deve entrar em contato com a Companhia Energética de Rio Grande do Norte.

ATENÇÃO: O GOVERNO INFORMA QUE VOCÊ POSSUI DEVIDAS EM ADEQUO

Valor	Valor	Valor	Valor
17/10/17	17/10/17	17/10/17	17/10/17

Em caso de não pagamento da fatura, a Companhia Energética de Rio Grande do Norte poderá tomar as medidas necessárias para a recuperação do crédito, incluindo a suspensão dos serviços de energia elétrica.

INFORMAÇÃO DE PAGAMENTO

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
17/10/17	17/10/17	17/10/17	17/10/17

INFORMAÇÃO DE PAGAMENTO

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
17/10/17	17/10/17	17/10/17	17/10/17

Unidade: R\$ 0,00 USD - Valor em Dólares de acordo com a Tabela de Câmbio - 01/10/2017 = R\$ 1,25

CÓDIGO CONTRATO MESIANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7004991243

10/2017

24/10/2017

115,03

83890000001-3 15030038407-8 00499124320-2 00868862813-9



ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

ARUANA SEGUROS
ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DDCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Robinson Luis Vital Freire inscrito (a) no CPF/CNPJ 302.851.369 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose da Silva Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.294.724 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Jose da Silva Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.294.724 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

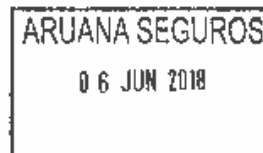
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Santa Maria</u>	Número <u>22</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Bela Parnamirim</u>	Cidade <u>Parnamirim</u>	Estado <u>RN</u>
Email <u>Não possui</u>	CEP <u>59242-682</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84)98706-5749</u>

Mato 06 de junho de 2018
Local e Data

Robinson Luis Vital Freire
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSELITO MARQUES DA SILVA,

RG nº 1755334, data de expedição 30/12/2006

Órgão DETRAN, portador do CPF nº 064.802.874-79, com

domicílio na cidade de SÃO GONÇALO DO AMARANTE no Estado de

PR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SARINHA DE BAIXO, nº 06,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSE DA SILVA SOARES, cujo o condutor era

JOSELITO MARQUES DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA 160 ISO

Ano: 2014

Placa: OGA 8398

Chassi: 9C2K3660FR005749

Data do Acidente: 02/02/2018

Local e Data: São Gonçalo do A. - 06/06/18



JOSELITO MARQUES DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSELITO MARQUES DA SILVA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Cartório de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
Rua da Primeira Cruz, 100 - Bairro São Gonçalo - CEP 55.000-000
Fone: (51) 3333-3333 - E-mail: cartorio@cartorio-rn.com.br

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) da(s) Senhor(a):
JOSELITO MARQUES DA SILVA

Registro: 0009 101 04475 CPF/MF: 064.802.874-79
São Gonçalo do Amarante/RN, 06 de junho de 2018

☐ Sérgio Luís de Paiva ☐ Sérgio Carlos de Paiva ☐ Paulo Sérgio de Moraes
Válida com selo de autenticidade. Encadernação: 100/2017 (Lei nº 9.619/2012)

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6096 /2018**

Admissão: **07/02/2018 09:59:28**



CIRURGIA GERAL - AMARELO

FATURADO

EM

Paciente: **60523 - JOSE DA SILVA SOARES** (43 a 4 m 10 d)

Nascimento: 27/09/1974 Natural: SERRINHA, BRASIL

CNS: 898000754715177 CPF: 02629472426

Mãe: IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA Pai:

Logradouro: MACEDO, 4

CEP: 59298622

Bairro: SERRINHA

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO 07/02/18 10:32

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO COM DR. GESSICA

Classificação: 07/02/2018 09:49:24

HORA	P.A.	HGT	S.A.	NATAL.	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TREAUMA EM OMBRO DIREITO

Hora:

*Após acidente de moto, queda, artrose
do ombro D. Sem outras queixas ou lesões*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

ARUANA SEGUROS
06 JUN 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Edelcio Hospital de Diagnóstico

08 02 18

RAIOS-X 1024
Realizado em: 7/2/18 10:24
Técnico:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 07 de Fevereiro de 2018



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 15:54:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515543410100000058626071>

Número do documento: 20100515543410100000058626071

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Alípio Carmo Jr. Segundo
Ortopedista
Dr. Rafael
Ortopedista

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

De ombro

Fratura na escápula

do antebraço

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: *Luiz Gonz*HORA: *10/10*DATA: *2/2/10*ESPECIALISTA 2: *Ortopedista*

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O encaminhamento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência ao paciente.



Assinatura e Carimbo do Responsável

¹¹ Escola de Treinamento Especializado (ETE) - Curso de Formação de Sobreviventes para parciais de Tatuagem. Referência: Adaptado de Churruarín H.R. Saeco M.I. Cópies. 81-82. A formação do Tatuagem. J. Tatuagem 23(1) 624, 1988.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input checked="" type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Dr. Alvinio Carmo de Aguiar
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 47627-0/1179
 Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

DESTACAR





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	Jon da Silva Leon			6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	ARUANA SEGUROS			11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	06 JUN 2018				
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Dor na glande e (sintoma) antr				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Tratamento cirúrgico				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Anomalia 1 e 2 em +dx				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		
Furto glande	T10				

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - DT SOLICITAÇÃO	29 - CNES / CPF	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	0308010219		
CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 06/04/18 MAT. Nº. SAME ASSINATURA			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

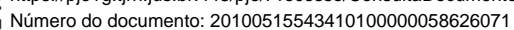
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNES / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial, o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e em dos valores éticos e humanitários.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-I

POLEGAR DIREITO

JOSE PASILVA SOARES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REINSTRUMENTACAO 001.411.708 DATA DE EXPIRACAO 25/05/2018

NOME JOSE DA SILVA SOARES

FILIAÇÃO MAURINO RODRIGUES SOARES
IRACEMA ALEXANDRE DA SILVA

NATURALIDADE SERRINHA RN

DATA DE NASCIMENTO 27/09/1974

CPF 026.294.724-76

END. ORIGEM CENT. DE NASCIMENTO L-119 F-123.002-3027
SÃO GONCALO DO AMARANTE RN-2 CARIMBADO

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 1966

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

1092157 SEP RJN

CPF 702.051.364-53 Data Nascimento 12/04/1969

SEBASTIAO FREIRE
 GENEVIA VITAL FREIRE

Nº ACERTOS 02825087480

13/11/2019 15/04/2003

CONFIRMAÇÃO

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL PARNAMIRIM, RN DATA EMISSÃO 14/11/2013

78945412024 RN701857472

882090202

ARUANA SEGUROS
 06 JUN 2018

ARUANA SEGUROS



CONTRATO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440322930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. SEQUENCIAL	PLATEA	PERÍODO
Z	01023872460	*****	2017

Despachante DETRAN/RN
EDUARDO MENDES
44 99854-2760/99131-8536

NOME
JOSELITO MARQUES DA SILVA

201211343-3

OFFICIAL
064.802.874-79

PLACA
QGN8398

PLACA ANT./UF
QGN8398/RN

CLASS.
9C2KCL60FEC08749

EQUIPE TIPO

COMBUSTIVEL

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/MNO APLICAVE

ALCOOL-GASOLE

HONDA/CB 150 TITAN EX

MARCA/VEICULO

ANO FAB.
2014

ANO MOD.

2015

CY/149 CILINDRADAS

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

00Y/149 CILINDRADAS

PARTICULAR

BANCA

COTA ÚNICA

VEIC. COTA ÚNICA

VENCI/CÓDAS

I R\$ 0.00

08/06/2017

1º PAGO

II P FAUXA LEVA

PARCELAMENTO/CÓDAS

2º PAGO

V A 002859 EX

R\$ *****

3º PAGO

PRESTO TAXI(ANO) R\$ (CF R\$)

(R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

TAXA DE PAGAMENTO

** TAXAS DETEM: PAGO ** DE VAT: PAGO

COD. SEQUENCIAL

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.636.220/0001-65

BANCO HONDA S/A

MOTOR: XCH16SF006749

SIGLA DO MUNICIPIO

DATA

19/08/2017

SAO GONCALO DO AMARAL

Sigla do Município da Silva

Coordenador de Registro e Veículos

SECRETARIA DE TRANSPORTES

RN Nº 012440322930		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.dpvatsegurodobrasil.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
2	CPF CONTRATANTE 084.802.874-79	EXERCÍCIO 2017	DATA EMISSÃO 13/05/2017
VENÂNCIA 010-3072460	ENDEREÇO ZONA LESTE	PLACA QGA0398	
ANO TAB. 2014	QUANTIDADE 9	CODIGO DE CHAVE 9C2KCT6807R005749	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DIMINUTIVO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEM JUROS (R\$)	
PAGAMENTO	KF (R\$)	DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> CÔTA ÚNICA	MIXTUMADO		

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CEP 3 00.248-500 0001-44

www.lidersegurosdpvato.com.br

ARUANA SEGUROS

06 JUN 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180258803 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE E ESCAPULA À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO, COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO. AO EXAME, PRESENÇA DE QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA, COM DEFORMIDADE SALIENTE EM FACE ANTERIOR E POSTERIOR DA REGIÃO ESCAPULAR. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-20º, ABDUÇÃO DE 0º-70º, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA PREJUDICADAS PELA DOR. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA GLENOIDE DA ESCAPULA DIREITA, COM USO DE TIPOIA ORTOPÉDICA. QUADRO CLÍNICO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM SEGUNDO A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU REALIZAR (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/07/2018

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201485/18
Vítima: JOSE DA SILVA SOARES
CPF: 026.294.724-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/02/2018
Titular do CPF: JOSE DA SILVA SOARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DA SILVA SOARES : 026.294.724-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

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

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2018
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF/CNPJ: 702.851.364-53


ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2018
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05


PRISCILA FLORENCIO DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE DASILVA SOARES
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.411.708
CPF: 026294724-26
Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: SERILINHA S. G. AMARANTE
CEP: 59290000
Telefone: 084 3229.4402

OUTORGADO:

Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 1099152
CPF: 702.857.364-53
Profissão: AGENTE DE SAÚDE
Endereço: RLA SANTA MARIA N:22
CEP: _____
Telefone: 081 9-8706-3749

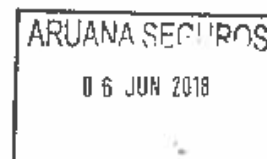
Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Natal - 10 Abril 2018
Local e data

JOSE DASILVA SOARES

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180258803**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DA SILVA SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Principal, 9 -FT - Serrinha - São Gonçalo do Amarante - RN - CEP 59290-005

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **001.411.708**

Data e local do acidente: [**07/02/2018**] **SÃO GONÇALO DO AMARANTE / RN**

Data e local do exame: [**10/07/2018**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA FECHADA DE E ESCAPULA À DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

A VÍTIMA REFERE DOR DE FORTE INTENSIDADE NO OMBRO DIREITO, COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO. AO EXAME, PRESENÇA DE QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA, COM DEFORMIDADE SALIENTE EM FACE ANTERIOR E POSTERIOR DA REGIÃO ESCAPULAR. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-70º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ADUÇÃO DE 0º-20º, ABDUÇÃO DE 0º-70º, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA PREJUDICADAS PELA DOR. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA GLENOIDE DA ESCAPULA DIREITA, COM USO DE TIPOIA ORTOPÉDICA. QUADRO CLÍNICO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM SEGUNDO A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU REALIZAR (SIC).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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

A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCRITA ACIMA.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

