



Número: **0814334-84.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **18/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL MARTINS BORGES FILHO (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61310306	08/10/2020 20:07	2756852_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111547

Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LUCIA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15634214

Pag. 01653/01654 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111547

Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LUCIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL MARTINS BORGES FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000035326-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

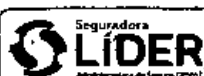
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DP

Autorização de pagamento



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: 242.745.264-53 4 - Nome completo da vítima: Manoel Martins Borges Filho

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

5 - Nome completo: Manoel Martins Borges Filho 6 - CPF: 242.745.264-53
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Três Maria 9 - Número: 69 10 - Complemento:
11 - Bairro: Três Marias 12 - Cidade: Gov. Dix-sept Rosado 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59390-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 91685813

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 35326 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 resíduo (val resíduo)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 20:07:19

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100820071891100000058810842

Número do documento: 20100820071891100000058810842

UNIA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

325-780361842-2

21/NOV/2019

HORA DE 14:29:31

LOT: 17.013951-4

TERM: 004690

LOCALIDADE: MOSSORO

AG. VINCULADA: 3064

CONTROLE: 763360413

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

3064 013 00035326-3

MANOEL MARTINS BORGES F

VALOR

:

550,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
325-780361842-2

2 VIA





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 642

Mossoró, 06 de Novembro de 2019.

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **MANOEL MARTINS BORGES FILHO, 58 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 10/10/2019

Local da ocorrência: BR-405/KM-34 (Estrada de Governador Dix Sept Rosado no Sítio Três Marias)

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 01

Hora do Chamado: 18h 06 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Maria Veriana da Silva Borges, 47 anos, portador de RG: 001.491.009.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor Geral do SAMU
MAT. 405418-3
CRM 100000058810842

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santa Antonia – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



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:	02/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000035326-3

Nr. da Autenticação 9F81E4B7241C1A00



Comprovante de residência



COSERN
Terra Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Mariz de Sá, 150 - Galvão, Natal - RN CEP 51025-250
CNPJ 05.224.190/0001-01 | Ins. Est. 20.551.99-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
NOME: MANOEL MARTINS BORGES FILHO
CPF: 242.745.254-03 INSC 10818584555
CLASSIFICAÇÃO: 61 RESIDENCIAL
BANCA RENDACONTAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VIL CHICO MENDES 88
TRÊS MARIS/SEMPER RURAL
GOVERNADOR DOMINGOS SEPT ROSADO RN
57790-000

CONTA CONSUMIDORA
0803235015 - 10/2019
05/11/2019 - 28/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 111,13

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
30.000000	1.227250	36.82
15.000000	0.350000	5.25
100.000000	0.555000	55.50
		2.51
		0.29
		7.69
		8.01

TOTAL DA FATURA 111,13

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DE MEDIÇÃO	Tipo de Função	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONSUMO	ADICIONAIS	CONSUMO PAGO
110214	CLT	29-01-2018	11.540,1	29-10-2019	22.011,0	10.470,9		10.470,9

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO
Código de barras: 05.224.190/0001-01
Data de vencimento: 10/12/2019
Valor a pagar: R\$ 111,13





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONFINHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEDER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.13/98

Pelo exposto, eu Maria Lúcia da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.927.314 - 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Fernandes de Lima Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 019.925.244-08

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida de da vítima Francisco Fernandes de Lima Filho

Inscrito (a) no CPF sob o nº 019.925.244-08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Jaguar</u>		Número: <u>310</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Santa Julia</u>	Cidade: <u>Massaré</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59640-278</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): _____	

Local e Data: Massaré, RN 20/05/2020

Maria Lúcia da Silva
Assinatura do Declarante



Idade: 23 anos

Sexo: masculino

Estado Civil: casado

Endereço: Aeroporto 2, R- Alexandre Gomes

Contato: 9 9839-3070 (whatsapp)



Escolaridade:

Ensino Médio (completo) – Conclusão: 2014

Experiências:

Pizzaiolo e Sushiman (ocupação atual) – contratação: 05/2018

Qualidades:

Boa comunicação; Interatividade; Trabalho em grupo; Iniciativa; Foco;

Objetivos:

Estabelecer bom relacionamento interpessoal; contribuir efetivamente para desenvolvimento próprio e da empresa; estabelecer plano de carreira.

Mossoró - RN



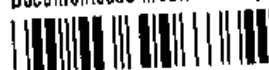


SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **63714 /2019**

Admissão: 10/10/2019 19:10:59

Documentação médica - hospitalar



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **50847 - MANOEL MARTINS BORGES FILHO** (58 a 6 m 30 d)
 Nascimento: 11/03/1961 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 700002844757000 CPF: 24274526453 Prof:
 Mãe: ALZIRA BARBOSA BORGES Pai: MANOEL MARTINS BORGES
 Logradouro: SÍTIO TRES MARIA, 69 Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO
 CEP: 59790000 Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 84.91685813

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISÃO - MOTOQUEIRO
 Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
 *Empresa:

OBS: Trazido pelo SAMU

Classificação:
 10/10/2019 19:04:32

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
19:15	110/80		98						

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: Pte vítima de colisão carro-moto apresenta fratura exposta em MID e escoriações diversas.

Hora: 19:15

PACIENTE DEU ENTRADA pelo SAMU, em Pronto-Socorro, com história de colisão carro-moto, sem capacete, há 30 minutos, Nega tonturas, vômitos ou náuseas. Adoção de dieta, fígado e rins não há alterações.

A - VIA AEREA PERVA, sem dificuldade

B - EXPANSIBILIDADE normal, MVX

C - CARDIOVASCULARMENTE ESTÁVEL

D - OLHOS 15, PUPILAS ISOCÓNICAS E PTEROGÊNICAS

E - FRATURA EXPUSTA EM PLANO DIREITO, ABERTO E COMUM EM AMBOS OS QUADRILHARES EM FOLHETO DE NDO E. GOMA E CORTE CONTUSO EM CÂPSULA SUPERIOR, ABERTO E COMUM EM REGIÃO PARANTAL.

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes
 Cirurgião Geralista - Especialista em Digestivo
 CRM 1377

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. SOLICITO ORTOPEDIA DE AMBROSIO, PRAÇA D' E. ANGELO			
2. SOLICITO IMAGEM: NO. 20190000000000000000			
3. COMANDO			
ORTOPEDIA			
Alta de cl. cirúrgica			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 03/11/2019			
SAME / ARQUIVO			

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes
 Cirurgião Geralista - Especialista em Digestivo
 CRM 1377

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

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

Dr. Antonio Nogueira de A. Neto
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM 1377

*Gerado via SX por NEY ROBERTO COSTA LEANDRO. Impresso em 10 de Outubro de 2019.



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 08/10/2020 20:07:19

https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100820071891100000058810842

Número do documento: 20100820071891100000058810842

Num. 61310306 - Pág. 11

19/53 - VÍTIMA ACIDENTE VEÍCULO COM FALHAS NA
 SINALIZAÇÃO E CUIDADO COM A SEGURANÇA DO VEÍCULO
 ATUANDO COMO CONDUTOR DO VEÍCULO EM QUESTÃO
 INCLUSIVE A SEU CARIÓTIPO

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

UF 10/10/19 20:20h

Pto vítima de trauma facial, com as co-
 ndições de face + blafaromatose (2).
 - E de face demonstra fratura de pariete
 inferior de seio maxilar + hemostoma maxilar.
 Cd: - Antissepsia de ferimento,
 - curativo
 - Tto conservador de fratura de pariete de
 seio maxilar
 - Alta BMT.

Dr. Adriano Albuquerque
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CRM 2477

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 07/11/2019
 BMT
 SAME / ARQUIVO

19/03 - VISITA AO ACIDENTE VASCULAR Cerebral
SINAIS DE ACIDENTE Cerebral - 09/10/19 - 10h - 20/10/19 - 10h
19/03 - 19/03 - 09/10/19 - 10h - 20/10/19 - 10h
19/03 - 19/03 - 09/10/19 - 10h - 20/10/19 - 10h

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

19/10/19 20:20h

Pls vítima de trauma facial, com lesões
nasais de face + blefarohematomas @

E de face demonstra fratura de parede
anterior do nariz maxilar + hematomas maxilar

cd - Antissepsia de ferimento,

- curativo
- Tto conservador de fratura de parede de
nariz maxilar

- Alta BMF.

Dr. Adriano Albuquerque
ORÇAMENTO DE CUSTAS
CRM 247

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSCONO 07/11/19

SANE ARQUIVO



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: _____

_____, brasileiro,
_____, portador (a) do CPF nº _____
e no RG de nº _____
residente e domiciliado (a) no(a) na Rua: _____
nº _____, Bairro _____
na cidade de _____

Outorgados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, com OAB/RN nº 7469; podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, Mossoro-RN, aos quais confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COM AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT, JUNTO A COMARCA DE _____/RN, podendo os outorgados, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, podendo ajuizar qualquer outro remédio jurídico competente, junto a jurisdição precisa, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Outorgante: _____

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

E, por ser verdade firmo este termo e instrumento procuratório, a rogo, em nome do Sr.(a) _____, confirmando a outorga para fins DE AJUIZAR AÇÃO DPVAT, neste ato e nesta data, na presença de duas testemunhas, para que gere todos os efeitos legais _____/RN, em _____ de _____ de 2017.

Nome e assinatura do representante que assinará a rogo pelo analfabeto, deficiente visual ou portador de deficiência física que o impede de assinar.

Testemunhas:

1ª NOME _____, CPF- _____
residente a Rua _____, Cidade _____

2ª NOME _____, CPF _____
residente _____, a _____
_____ -RN.



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARCELO DA BORGES FILHO Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: FX EXPOSTA TÍBIA DIR G.D.

Indicação terapêutica: LIQUIDAR CLAVICULA + FICLAR EXTREM

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: ROGER

1º Auxiliar: PINHEIRO

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiista: AND

INTERVENÇÃO

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

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

- 1) PT DIR, SOB ANESTESIA
- 2) ASPECTO TÍBIA DIR
- 3) UNHAS DE PEE EM FLECHA DIREITA
- 4) FICLAR + FICLAR EXTREM DIR
- 5) UNHAS + UNHAS

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DANE Nº 30303 07/11/2019

SANIT. ARQUIVO

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7406
RQE - 2004
RGT - 18257





HOSPITAL
WILSON ROSADO

RUA DR. JOÃO MARCELINO, 429, CEP 59611-200 TELEFONE: (84)3318-9000

ATESTADO

P/ Manoel Martins Borges Filho

Paciente submetida a tratamento ortopédico em 25/10/2019, evoluiu bem, recebendo alta em 26/10/19 e necessita de 30 (trinta) dias de afastamento, a contar de: 26/10/19.

Mossoró, 26/10/2019

Cid.: S822

[Assinatura]
Eduarda de A. R. Silva
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM 622574 - RGO



Prontuário: 210053



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MANOEL MARTINS BORGES FILHO** (Fia: 5340/2019), CPF: 24274526453.

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

Mossoró/RN, 10 de Outubro de 2019.

Marica Lucina da Silva
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.N.T.M.

DATA 30/10/19

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA

30/10/19

Rafaela
Assinatura

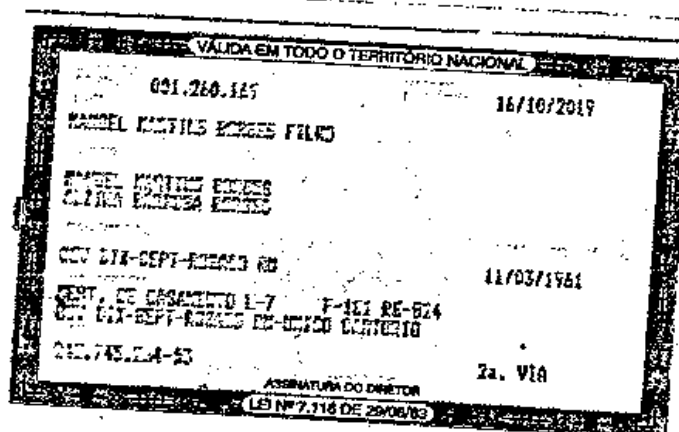
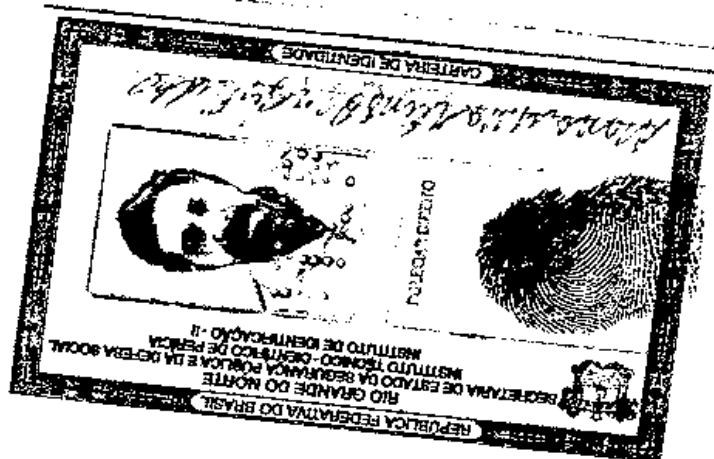
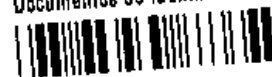
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 04/11/2019

SAME / ARQUIVO



Documentos de Identificação



Documentos de identificação



TRABALHADOR

Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade.

Devem ser registrados todos os dados pessoais do Trabalhador, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos perante o Trabalho, bem como para a aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo ainda, sua habilitação para o desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conteúdo de anotações contido neste documento é de natureza de conservação, e não constitui a qualificação e as atividades exercidas pelo trabalhador.

A sua importância e seu dever protegê-la e não permitir que alguém copie ou registre os seus dados pessoais para a obtenção de vantagens indevidas, como trabalhador e cidadão, para a obtenção de vantagens e o de seus direitos, tendo validade, também, como documento de identificação.

EXERCICIONÁRIA COM RECURSOS DO FALTO DE EMPREGO DO TRABALHADOR.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS E MERCADO DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PLANTÃO

129.56763.64-6

1944999

002-0

RE

Maria Lúcia da Silva



QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: MARIA LÚCIA DA SILVA

LOCAL DE NASCIMENTO: JACUPETIT - RN

FUNÇÃO: LEONILDO CARREIRO DA SILVA

ENDEREÇO: MARIA APARECIDA DA SILVA

DOC. IDENTIFICAD.: RG 941517 SSP RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LOCAL DE RESIDÊNCIA: CENTRO DO CARIÓTIPO DE ABRIL

DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1977

CPF: 012.277.744-09

ASSINATURA: [Assinatura]

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1977

LOCAL DE NASCIMENTO: JACUPETIT - RN

ENDEREÇO: MARIA APARECIDA DA SILVA

DOC. IDENTIFICAD.: RG 941517 SSP RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LOCAL DE RESIDÊNCIA: CENTRO DO CARIÓTIPO DE ABRIL

DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1977

CPF: 012.277.744-09

ASSINATURA: [Assinatura]

Idade: 23 anos

Sexo: masculino

Estado Civil: casado

Endereço: Aeroporto 2, R- Alexandre Gomes

Contato: 9 9839-3070 (whatsapp)



Escolaridade:

Ensino Médio (completo) – Conclusão: 2014

Experiências:

Pizzaiolo e Sushiman (ocupação atual) – contratação: 05/2018

Qualidades:

Boa comunicação; Interatividade; Trabalho em grupo; Iniciativa; Foco;

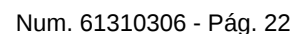
Objetivos:

Estabelecer bom relacionamento interpessoal; contribuir efetivamente para desenvolvimento próprio e da empresa; estabelecer plano de carreira.

Mossoró - RN



100-443887-100



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111547 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO **Data do acidente:** 10/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088438/20

Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

CPF: 242.745.264-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: MANOEL MARTINS
BORGES FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de JML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

MARIA LUCIA DA SILVA : 012.927.714-29

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

MANOEL MARTINS BORGES FILHO : 242.745.264-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 11/03/2020
Nome: MANOEL MARTINS BORGES FILHO
CPF: 242.745.264-53

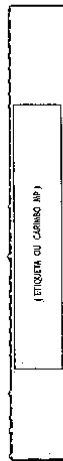
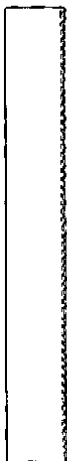
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

MANOEL MARTINS BORGES FILHO

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA







SEGURADORA LIDER
RUA: DA ASSEMBLEIA, 100, 31º ANDAR, CENTRO
CEP: 20011-904, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL



PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO

Otorgante:

Manoel Martins Borges Filho, brasileiro (a), estado civil Casado,
profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Vil Chico Mendes,
Nº 69, Bairro Tres Marias, Município de Governador Rui Barbosa,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.790.000
portador(a) do RG nº 007.260.267, SSP/ RN e CPF nº 242.745.264-53

Otorgado:

Livia Karina Freitas da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteira,
profissão Autorama, residente e domiciliado à Rua Vil Chico Mendes,
Nº 69, Bairro Tres Marias, Município de Governador Rui Barbosa,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.790.000
portador(a) do RG nº 2640247, SSP/ RN e CPF nº 042.927.734-29

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura invalidez, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Manoel Martins Borges Filho, ocorrido em 20/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

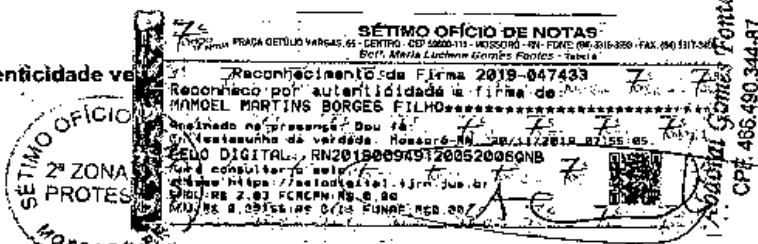
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

MOSSORO RN 20 de NOVEMBRO de 2019

Manoel Martins Borges Filho
Otorgante

CPF Nº 242.745.264-53

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ve



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088438/20

Vítima: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

CPF: 242.745.264-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2019

Titular do CPF: MANOEL MARTINS BORGES FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA LUCIA DA SILVA : 012.927.714-29

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

MANOEL MARTINS BORGES FILHO : 242.745.264-53

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: 11/03/2020
Nome: MANOEL MARTINS BORGES FILHO
CPF: 242.745.264-53

MANOEL MARTINS BORGES FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

