



Número: **0842723-06.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **04/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JADIELYSON INACIO DIAS (AUTOR)	PAULA JESSIKA CONSTANCIO BARBOSA DE LIMA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61759 772	20/10/2020 11:42	<a href="#"><u>2759338_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros documentos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200239522**      **Vítima: JADIELYSON INACIO DIAS**

**Data do Acidente: 15/03/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LEONARDO FERNANDES DE LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JADIELYSON INACIO DIAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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 15919503

Pag. 01595/01596 - carta\_01 - INVALIDEZ



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200239522**      **Vítima: JADIELYSON INACIO DIAS**

**Data do Acidente: 15/03/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LEONARDO FERNANDES DE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JADIELYSON INACIO DIAS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =      R\$ 945,00

**Recebedor: JADIELYSON INACIO DIAS**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003470**

**Conta: 000003168-9**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Vidente ou ASL: **081.141.414-09** 3 - CPF do vidente: **081.141.414-09** 6 - Nome completo da vítima: **JADELYSON INACIO DIAS**

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

5 - Nome completo: **JADELYSON INACIO DIAS** 6 - CPF: **081.141.414-09**  
 7 - Profissão: **Armazenista** 8 - Endereço: **Sebastião Inácio Dias** 9 - Número: **55** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Alto do São Francisco** 12 - Cidade: **Santa Maria** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.464-000**  
 15 - E-mail: **leonardo.filipa.lf@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(84) 99630-0833**

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:

REUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$1,001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  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 citados. Apenas uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3470**

CONTA: **3188**

9

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o digito se existir)

(Informar o digito se existe)

(Informar o digito se existir)

(Informar o digito 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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e deitante após a efetivação do crédito, duração total do valor recebido

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os termos da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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.

Declaro o preenchimento 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, as custas da seguradora Lider para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Assinatura: Esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o resultado seja desfavorável.

### 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 da 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 - Viúvo:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou:  Sim  Não 34 - Vítima deixou:  Sim  Não 35 - Se tinha filhos, informar: 36 - Vítima deixou:  Sim  Não 37 - Vítima deixou:  Sim  Não 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 -





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLICIA CIVIL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN  
Delegacia Municipal de Macaíba



Ref. Ocorrência nº 108010211510406838

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: Sob investigação

Data e Hora do Fato: 15/03/2018 às 06:40

Lugar do Fato: Em Via Aberta localizado(a) no(a) Rua Br-304 Reta Tabajara , Prox. A Pista Nova Para O Aeroporto , RETA TABAJARA , Macaíba, estado do(a/e) Rio Grande do Norte

C O M U N I C A N T E

JADIELYSON INACIO DIAS, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 2835791 Itep/RN, CPF: 081.141.414-09, armazeneira, Médio Comp., com 23 anos e nascido aos 24/03/1995, natural de São Paulo do Potengi-RN, filho(a) de Jailton Inacio Dias e de Sonia Maria Dias, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Sebastião Inacio Dias , 55, ALTO DO SÃO FRANCISCO , SANTA MARIA -RN, telefone (84) 99616-8032

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

segundo o comunicante e vítima relata que conduzia pilotando a moto honda CG-150 de cor verde de placa JJX9180-RN de renavan 848313860 de chassi final ... R033123 de propriedade do Sr. Anderson Dias Pereira, QUE vinha como passageiro(carona) seu cunhado o Sr. Anderson Dias Pereira que também ficou lesionado em decorrência do acidente, que a moto era conduzida no sentido Santa Maria RN/Macaíba-RN e ao chegar na Reta tabajara, prox. a pista nova para o aeroporto, foi colidido por um veículo do tipo passeio(santana de cor prata de placa e condutor não identificado) que evadiu-se do local após a colisão, que o veículo vinha no sentido contrário, e ao fazer uma ultrapassagem de risco em passagem continua sem acostamento, colidiu na moto deixando ambos as vítimas lesionadas e a moto danificada em diversas partes, QUE as vítimas foram socorridas para a UPA deste município atendidos e liberados, que por não se sentirem bem, os mesmos no mesmo dia procurou atendimento no posto de saúde no seu município de origem: Sta Maria onde foram atendidos, sendo a vítima JADIELYSON encaminhado ao hosp. Walfrido Gurgel em Natal-RN, onde foi atendido e constatado uma lesão na mão esquerda , QUE nada mais disse.

VÍTIMA(S)

1ª vítima: JADIELYSON INACIO DIAS, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 2835791 Itep/RN, CPF: 081.141.414-09, armazeneira, Médio Comp., com 23 anos e nascido aos 24/03/1995, natural de São Paulo do Potengi-RN, filho(a) de Jailton Inacio Dias e de Sonia Maria Dias, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Sebastião Inacio Dias , 55, ALTO DO SÃO FRANCISCO , SANTA MARIA -RN, telefone (84) 99616-8032 2ª vítima: ANDERSON DIAS PEREIRA, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 002237620 Itep/RN, CPF: 109.025.634-59, recepcionista, Médio Comp., com 23 anos e nascido aos 01/08/1994, natural de São Paulo do Potengi-RN, filho(a) de Jose Erivan Pereira da Silva e de Marinalva Pinheiro Dias, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Miguel Batista , 49, CENTRO , SANTA MARIA -RN, telefone (84) 99690-9788

T E S T E M U N H A (S)

I N F R A T O R (E S)

E X A M E S R E Q U I S I T A D O S

Nenhum

O B J E T O S E N V O L V I D O S

Nenhum

Autoridade: Jose Normando Feitosa Lira

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: *Jadileyson Inacio Dias*

C O N C L U S Ã O / R E M E S S A

Ficam anuladas as versões anteriores: 31/08/2018 10:40:58, 28/03/2018 17:01:17

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Jose Normando Feitosa Lira na Delegacia Municipal de Macaíba e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Macaíba, 22 de Abril de 2019.

Maria Aparecida de Alcantara Silva  
Policia Civil  
Matrícula: 194.710-9

- (84) 3271-6835

PolOffice  
55aea6e62e00b035df549645638ffa02f





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

7 - N° do Víctima ou ASL

3 - CPF da Víctima  
081.141.414-08

4 - Nome completo da víctima:  
JADIELYSON INACIO DIAS

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

5 - Nome completo

JADIELYSON INACIO DIAS

6 - CPF:  
081.141.414-09

7 - Profissão

Armazeneita

8 - Endereço:  
Sebastião Inácio Dias

9 - Número:  
55

11 - Bairro:

Alto do São Francisco

12 - Cidade:  
Santa Maria

13 - Estado:  
RN

14 - CEP:  
59.464-000

15 - Email:

leonardoflhma.lf@gmail.com

16 - Tel.(DDD):  
(84) 99630-0833

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍCTIMA/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:

REUSO 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 (Sómente bancos físicos. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Bancos virtuais)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 3470

CONTA: 3168

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a deitar a crédito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tenho 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, não as pernas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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.

Selecione o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica fornecida, para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veiculo 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 surgir o seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da víctima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívo

24 - Data do óbito da víctima:

25 - Grau de Parentesco com a víctima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vívios

Sim

29 - Sete filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima teve

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

32 - Vítima teve filhos?

Não

Não

33 - Vítima deixou

Sim

34 - Vítima deixou

Sim

35 - Vítima deixou

Sim

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte deles, beneficiários que se impossionarem e provisoriamente desaparecerem, e/ou os que, de que, qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido. Só em caso de morte deles, a Seguradora pagará o valor integralizado, de acordo com o artigo 209 do Código Penal.

MORTE

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

Jadieyson Inácio Dias  
Assinatura da víctima/beneficiário (declarante)

Jadieyson Inácio Dias  
Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

100.001.0002/2019



# 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: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JADIELYSON INACIO DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03470

CONTA: 00000003168-9

---

Nr. da Autenticação 3CB8797E32D49857



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 7



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2020069453890

ESCRITÓRIO

SANTA MARIA

MATRÍCULA 00945389.0	CLIENTE JADIELYSON INACIO DIAS	CPF/CNPJ: 081.141.414-09	VENCIMENTO 30/06/2020
INSCRIÇÃO 245.001.245.0300.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SEBASTIAO INACIO DIAS, N, 55 – SANTA MARIA SANTA MARIA RN 59464-000	ROTA DE ENTREGA 03.5130	FATURA 06/2020
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL

## ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2020 -	10	04/2020 -	11
03/2020 -	6-L.C.	02/2020 -	7-L.C.
01/2020 -	15-L.C.	12/2019 -	0
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	10	R	5308

## LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M <sup>3</sup> )	DIAS	CONSUMO/DIA (M <sup>3</sup> )
338	348	10	30	0,34

## DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

## CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA PARCELAMENTO DE DEBITOS - PARCELA 6/12 MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2020 JUROS DE MORA 04/2020 03/2020 DESCONTO ACRES.IMPON 11/2019	10 M3	43,77
		70,22
		2,24
		2,32
		1,92

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	43,77	1,65	0,72
COFINS	43,77	7,60	3,33

Os acréscimos devidos (atualização monetária, juros de mora e multa por atraso), decorrentes do pagamento em atraso, serão cobrados na fatura seguinte. **TOTAL R\$ 116,63**

INFORMO QUE JA ESTA DISPONIBILIZADO O RELATORIO ANUAL DE QUALIDADE DE AGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGENCIA VIRTUAL/ DECLARAMOS NAO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019 – LEI 12007/09

**MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA  
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).**

GERÊNCIA REGIONAL: REGIONAL MATO GRANDE	Mês/Ano: 05/2020
Parâmetros	Turbidez
VMP e Recomendações	5,0

Valores obtidos	2,51	6,60	100,00	1,25
-----------------	------	------	--------	------

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET Emitido em: 29/06/2020

MATRÍCULA 00945389.0	INSCRIÇÃO 245.001.245.0300.000	ROTA DE ENTREGA 03.5130	FATURA 06/2020	NÃO RECEBER APÓS 30/09/2020
-------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 30/06/2020	VALOR R\$	116,63
--------------------------	-----------	--------

GRUPO: 7

FIRMA: 37

82660000001-0 16630006245-1 00945389001-5 06202030003-4

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**LIMITE DE CRÉDITO**  
Quanto você pode gastar no cartão **R\$ 1.000,00**  
compras à vista

**NÚMERO DA SORTE**

Adquira nossos Seguros ou Assistências e concorra a R\$ 10.000 por mês. Saiba mais com a nossa Central de Atendimento.

**ENCARGOS FINANCIEROS**

Multa por atraso	2 % a.m.
Encargos contratuais no período	21,99 % a.m.
Encargos máximos próximo período	21,99 % a.m.
Custo efetivo total	1.022,74 % a.a.
Encargos saque próximo período	14,99 %
Juros de Mora	1 % a.m.
IOF Adicional	0,38 %
IOF Financiamento	0,0082 % a.d.

Vencimento: **15/05/2020**  
**SEXTA-FEIRA**

**FATURA ANTERIOR**  
Total a pagar  
**R\$ 500,59**

Créditos  
**R\$ 0,00**

**FATURA ATUAL**  
Saldo da fatura anterior  
**R\$ 500,59 (X)**

Compras e Débitos  
**R\$ 456,46 (Y)**

Total a pagar dessa fatura  
**R\$ 957,05**  
(X)+(Y)

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 957,05**

**PAGAMENTO MÍNIMO**

**R\$ 507,77**

**PARCELAMENTO**

**15x de R\$ 87,76**

Total: **R\$ 1.316,40**

Juros: **4,99% a.m.**

**LEONARDO F LIMA**

**6281XX.XXXXXXX.0154**

**Data** Histórico

Parcela

Valor (R\$)

-	<b>Total da fatura anterior</b>	<b>500,59</b>
28/01	Refinanciamento Fatura Parc.5/8	161,02
27/03	Refinanciamento Fatura Parc.3/6	144,62
22/04	Tarifa Desp. Cobrança	12,99
04/05	Anuidade Diferenciada	9,99
04/05	ENCARGOS FINANCIEROS	110,08
04/05	Juros de Mora	5,00
04/05	MULTA	12,76
<b>Total</b>		<b>957,05</b>

**OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO**

**A 12x de R\$ 102,79**

Total: **R\$ 1.233,48**  
Juros: **4,99% a.m.**

**B 10x de R\$ 117,99**

Total: **R\$ 1.179,90**  
Juros: **4,99% a.m.**

**C 8x de R\$ 140,98**

Total: **R\$ 1.127,84**  
Juros: **4,99% a.m.**

**D 6x de R\$ 179,54**

Total: **R\$ 1.077,24**  
Juros: **4,99% a.m.**

- Para aderir aos outros parcelamentos ofertados deve ser pago o valor exato da entrada (inclusive os centavos).
- Caso queira antecipar parcelas, com desconto proporcional dos juros, entre em contato com nosso atendimento.
- Verifique disponibilidade de outros planos de parcelamento entrando em contato com nosso atendimento.

Fale com nossos atendentes e conheça todos os benefícios de ser nosso cliente acessando o site:

**www.fortbrasil.com.br**



**Bradesco**

**237-2**

23792.36702 90300.610772 40000.160503 9 0000000000000000

Local de Pagamento

PARA SUA COMODIDADE, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.

Beneficiário

**FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Americas, 3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ**

Data do Documento	Número do Documento	Esplécie Doc.	Acoste	Data de Emissão	Vencimento
04/05/2020	3006107740	DM	N	04/05/2020	<b>15/05/2020</b>

Nº da conta/Respo.

Carteira

09

R\$

Esplécie

Quantidade

Valor Moeda

Nosso número

**09 / 030061077404**

(=) Valor do documento

**957,05**

(-) Desconto

(-) Outras Deduções

(-) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador: LEONARDO FERNANDES DE LIMA CPF: 092.397.964-60  
RUA BELA VISTA, 196  
PAJUCARA  
59123355 NATAL - RN

Ficha de Compensação AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 9h às 20h)

Capital 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 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 folha 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> 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 ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Henrique  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 092-397-964, 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jair Elyson Andrade Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.141.444-09,  
do sinistro de DPVAT cobertura ENVANDEZ da Vítima Jair Elyson Andrade  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.141.444, 09, 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 Lider-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 Bela Vista</u>	Número:	<u>196</u>	Complemento:	<u>207 - Novo Recife - CA</u>
Bairro:	<u>Parque das</u>	Cidade:	<u>Natal</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>fernando@florinha.1622.com.br</u>				

Local e Data: Natal, 06/07/2020

Fernando Henrique  
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO Nº 010403.18-3

MATRÍCULA: 2018.01597-9 DATA: 15/03/2018  
NOME: JADIELYSON INACIO DIAS HORA: 07:29:31  
IDADE: 22 (a) e 11 (m) DATA DE NASC.: 24/03/1995 NOME DA MÃE: SONIA MARIA DIAS  
SEXO: M(x) F( ) TELEFONE: (84) 99616-8032 COR: BRANCO ESTADO CIVIL: CASADO  
RG: 2.835.791 EMISSÃO: 26/11/2014 CPF: 081.141.414-09 CARTÃO SUS: 700009566667803  
PROFISSÃO: ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO  
END.: RUA SEBASTIAO INACIO DIAS, nº 55  
BAIRRO: CENTRO ZONA: CIDADE: SANTA MARIA  
PONTO DE REFERÊNCIA: PROX. AO DEPOSITO MM CEP:  
ACOMPANHANTE: CUNHADO ANDERSON

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSE

HÁ QUANTO TEMPO: 15/03/2018

DIABETES: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) HAS: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) ETILISTA: SIM( ) NÃO(X) SOCIALMENTE( )

ALERGIA: SIM( ) NÃO(X)

GESTANTE: SIM( ) NÃO(X)

TABAGISTA: SIM( ) NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM( ) NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM(x) NÃO( ) QUAL:

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM( ) NÃO( x) QUAL:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE JOVEM CONSCIENTE ORIENTADO DEAMBULANDO RELATA QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSE

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 07:28 TA: 140,0x80,0 PULSO: ALTURA: PESO:  
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:  
ESCALA DE DOR: (x) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10  
ENFERMEIRA: KAMILA ROBERTA MEDEIROS FELIX

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

17/03/2018 - MSE

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

TRAUME

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: ea714a9af5767a49c5d759e8772d0e5e

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES  
Av. Estrada de Jundiaí, 100  
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

Página: 1



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:52  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911021521520700000048733694>  
Número do documento: 1911021521520700000048733694

Num. 50468628 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142275100000059240300>  
Número do documento: 2010201142275100000059240300

Num. 61759772 - Pág. 11



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	ASS/CARIMBO (ENFERMAGEM)
15/03/16	08:41	Decadron 4mg - Olho + Atropina - Olho Tinidazole 100mg	Laura Lopes do Nascimento Coren-RN-826.382-TE
08/09	08:29	Colfene 3mg - Olho + Tinidazole	Laura Lopes do Nascimento Coren-RN-826.382-TE
			Medi/Verificada

ADMISSÃO ENFERMAGEM	CONTROLE DE PA E HGT					
	DATA	TEMP.	HORA	PA	HGT	ASS.
Fte censurada orientada em 02 ambientes, medi- cando conforme prescreve medida <i>Luzia Coqueiro Nascimento</i> CPF: 000-000-000-00 RG: 000-000-000-00						

## OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SUTURA    LAVAGEM GÁSTRICA    RETIRADA DE PONTOS    CURATIVO PEQUENO    CURATIVO GRANDE

ALTA DO PACIENTE		LIB. APÓS PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PARA _____ <input type="checkbox"/> A REVELIA <input type="checkbox"/> POR ÓBITO: <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> ITEP <input type="checkbox"/> D.O. _____ <input checked="" type="checkbox"/> MEDICA		DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ASSINATURA: _____	

DATA	HORA	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO	DATA E HORA DA SAÍDA DA UNIDADE
15/3/2018	09:36	 Dr.ª Maria Dina Tavares Medicina CRM 152409	
			ASS.: _____
			DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE
			ASS.: _____

Autenticação: ea714a9af5767a49c5d750e8772d0e5e

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES  
Av. Estrada de Jundiaí, 100  
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

Page 2



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:52  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215245000000048733695>  
Número do documento: 19110215215245000000048733695

Num. 50468979 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Nº 61759772 - Pág. 12



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 13030 /2018

Admissão: 19/03/2018 11:27:59

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

*[Handwritten signature]*

Paciente: **66149 - JADIELYSON INACIO DIAS** (22 a 11 m 26 d)  
Nascimento: 24/03/1995 Natural: SAO PAULO DO POTENGI.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 700009566667803 CPF: 08114141409 Prof:  
Mãe: SONIA MARIA DIAS Pai: JAILTON INACIO DIAS  
Logradouro: SEBASTIAO INACIO DIAS, 55  
CEP: 59464000 Bairro: CENTRO Cidade: SANTA MARIA  
Telefone: 84.996168032 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA Tipo: NÃO REFERENCIADO  
Origem: FAMILIA \*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:
OBS: 40 DEFORMIDADE REGULADO POR DR CARLOS PINTO	Classificação: 19/03/2018 11:22:24

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: DEFORMIDADE EM MSE

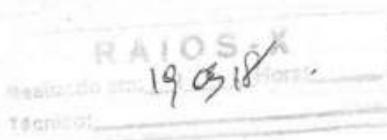
Hora: \_\_\_\_\_

*Queda de moto com lesão em  
ponto / mao esquerda.*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A
B
C
D
E

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**



\*Saída: \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:53  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215287400000048733696>  
Número do documento: 19110215215287400000048733696

Num. 50468980 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 13

## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

## ANAMNESE

## EXAME FÍSICO

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

## EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

Asa X do nariz e/ou  
Asa X do pulmão e/ou

## LABORATÓRIO

30 V OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Melhorar infecção  
- Aspirar - oxigênio

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Valmir Martins  
CRM 1038

Assinatura e Carimbo do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE:

## Nº do Boletim de Atendimento:

## INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

## SAÍDA:

DATA: 19/11/18 HORA: 12:20h

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Valmir Martins  
CRM 1038

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

À Revelia

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA: / / HORA:



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:53  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215287400000048733696>  
 Número do documento: 19110215215287400000048733696

Num. 50468980 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
 Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 14



**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500  
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JADIELYSON INACIO DIAS

Solicito:

Tomografia punho Esquerdo

Diagnóstico: Fratura-luxação carpometacârpica 2 raio? Com componente do trapézio

COM MÁXIMA URGÊNCIA!!!!!!  
Complicação de sequela permanente  
Necessita correção cirúrgica URGENTE!

14.05.18

Dr Hélio R P Garcia  
CRM 5500

Dr. Hélio R. Polido Garcia  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM 5500

**Dr Hélio Rubens Polido Garcia**  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**Cirurgia da Mão**  
**CRM 5500**

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:54  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215411900000048733999>  
Número do documento: 19110215215411900000048733999

Num. 50468983 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 15

**PAC: JADIELYSON INACIO DIAS**  
**EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 17/04/2018**

Data do Atendimento: 17/04/2018 - 10:55	Código: _____
Recepção: RICARDO EMMANUEL	
Paciente: 82677 - <b>JADIELYSON INACIO DIAS</b>	
Convênio: ION - AMBULATORIO - 700009566667803	

Laudo Médico

**SINAIS CLÍNICOS: TRAUMA, DOR E DEFORMIDADE DO PUNHO**

**EXAME: RX MÃO AP/P FRATURA DO PUNHO - TRAPÉZIO**

**DIAGNÓSTICO CID: S62.8 FRATURA DO TRAPÉZIO**

**TRATAMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA  
LUVA GESSADA**

**SOLICITO AVALIAÇÃO PERICIAL PARA AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS**

Dr. Ricardo Emanuel M. Montanari  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SP 3387 - TEDT 12425



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:55  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215572900000048734003>  
Número do documento: 19110215215572900000048734003

Num. 50468987 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 16

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<p>ATESTADO MÉDICO</p>
<p>ATESTADO</p>	

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Jabielyson

Inácio Sá Jr.

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 12:30 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 40 (quarenta) dia(s), por motivo de doença  
 a partir desta data.

Autorização do paciente para  
 divulgação do CID.

CID. 10 nº 562.1 (TRAPEZIO)

Natal, 19/02/18  
 Local e data

Valmir Martins  
 Assinatura eletroassinatura profissional

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



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:56  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215606900000048734004>  
 Número do documento: 19110215215606900000048734004

Num. 50468988 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
 Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 17



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Judicelynn I. Dias

foi examinado nesta Unidade às \_\_\_\_\_, horas necessitando  
de 03 (três), dias de afastamento do trabalho, a partir desta  
data. 123.4

S. Maria, 15/10/18  
Localidade e Data

*Maria Dias/ E. Silvestre*  
*CRM/RN 5231*

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº. 60.501 de 14/03/67 e será expedido pela justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:56  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911021521564270000048734005>  
Número do documento: 1911021521564270000048734005

Num. 50468989 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142275100000059240300>  
Número do documento: 2010201142275100000059240300

Num. 61759772 - Pág. 18



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

**RECEITUÁRIO**

NOME \_\_\_\_\_

MATRÍCULA \_\_\_\_\_

*Diagnóstico:  
restaurar do Tropos à Eq.  
Amputação de cavigas  
Dr. Hélio Rubens  
Hospital Memorial*

DATA 11/11

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA  
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR  
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215781100000048734009>  
Número do documento: 19110215215781100000048734009

Num. 50468993 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201142275100000059240300>  
Número do documento: 2010201142275100000059240300

Num. 61759772 - Pág. 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA – RN

SÉCRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES

AV. Mônica Dantas S/N Centro; Macaíba- RN Tel.: 3271-6500

CNPJ: 11.303.093/0001-40

RECEITUÁRIO

NOME: Jáqueline Souza

Dr des

Solvente:

Dx de pulm  
e mão E

HC = fluminense

*Dr. Maria Lima Tavares*  
Médica  
CRM 153

DATA: 15/3/2018

Médico – CRM



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911021521581200000048734010>  
Número do documento: 1911021521581200000048734010

Num. 50468994 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 20



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GESTÃO  
REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
RUA SANTA MARIA, 219 - CENTRO



RIO GRANDE DO NORTE

### FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE <i>Ortopedista</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Andreyson T. Dus</i>	DATA DE NASCIMENTO / /		
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M ( ) <input type="checkbox"/> F ( )	CPF	IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

### RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

*tratava trófica a 60g*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID <i>Maria Diáspora</i>	PRIORIDADE
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>S. Luis</i>	MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)	

### PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE <i>Aracaju</i>	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DE ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR. <i>DR. Hélio Rubens</i>	DIA	HORA

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

#### RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO	CID
CONDUTA ADOTADA	
MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA
A ficha de Contra-referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.	



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215844000000048734011>  
Número do documento: 19110215215844000000048734011

Num. 50468995 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215886800000048734012>  
Número do documento: 19110215215886800000048734012

Num. 50468996 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 22



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: JADIELYSON INACIO DIAS ORTOPEDIA

Cód. Paciente: 1472

DN: 24/03/1995

Idade: 23 ano (s);

Data Exame: 21/05/2018 - 11:19

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO**

**Técnica:**

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

**Análise:**

Múltiplas fraturas contínuas dos ossos do carpo (trapézio, capitato e hamato), com desvio significativo dos fragmentos.

Fratura longitudinal da falange medial do quarto metacarpo.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudo gerado no dia: 23/05/2018 17:36. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbarad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: hxeIzUQR para acesso.

Laudado Por:

**Dr. Roberto Rômulo de Medeiros Souza**  
CRM-RN 9093

Pag. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215920600000048734013>  
Número do documento: 19110215215920600000048734013

Num. 50468997 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 23



JARDIELYSON INACIO DIAS :: DX from 19/3/2018



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215955700000048734014>  
Número do documento: 19110215215955700000048734014

Num. 50468998 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 24

JARDIELYSON INACIO DIAS , : DX from 19/3/2018



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:22:00  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215993500000048734015>  
Número do documento: 19110215215993500000048734015

Num. 50468999 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 25



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: JADIELYSON INACIO DIAS ORTOPEDIA

Cód. Paciente: 1472

DN: 24/03/1995

Idade: 23 ano (s);

Data Exame: 21/05/2018 - 11:19

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO**

Técnica:

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

Análise:

Múltiplas fraturas cominutivas dos ossos do carpo (trapézio, captato e hamato), com desvio significativo dos fragmentos.

Fratura longitudinal da falange medial do quarto metacarpo.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudo gerado no dia: 23/05/2018 17:38. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbarad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: hxdflZuQR para acesso.

Laudado Por:

Dr. Roberto Rômulo de Medeiros Souza  
CRM-RN 9093

Pag. 1 de 1



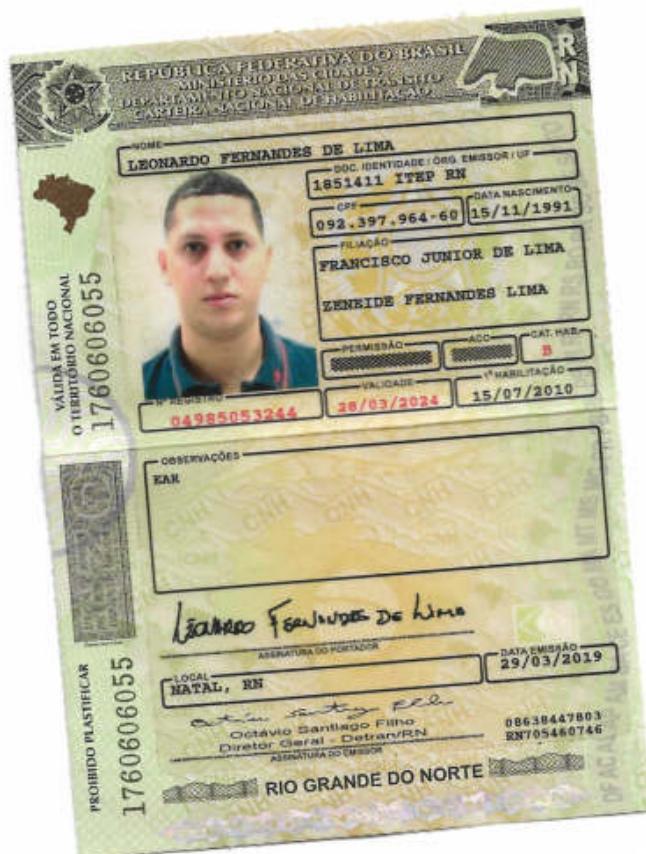
Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:22:00  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215220031500000048734016>  
Número do documento: 19110215220031500000048734016

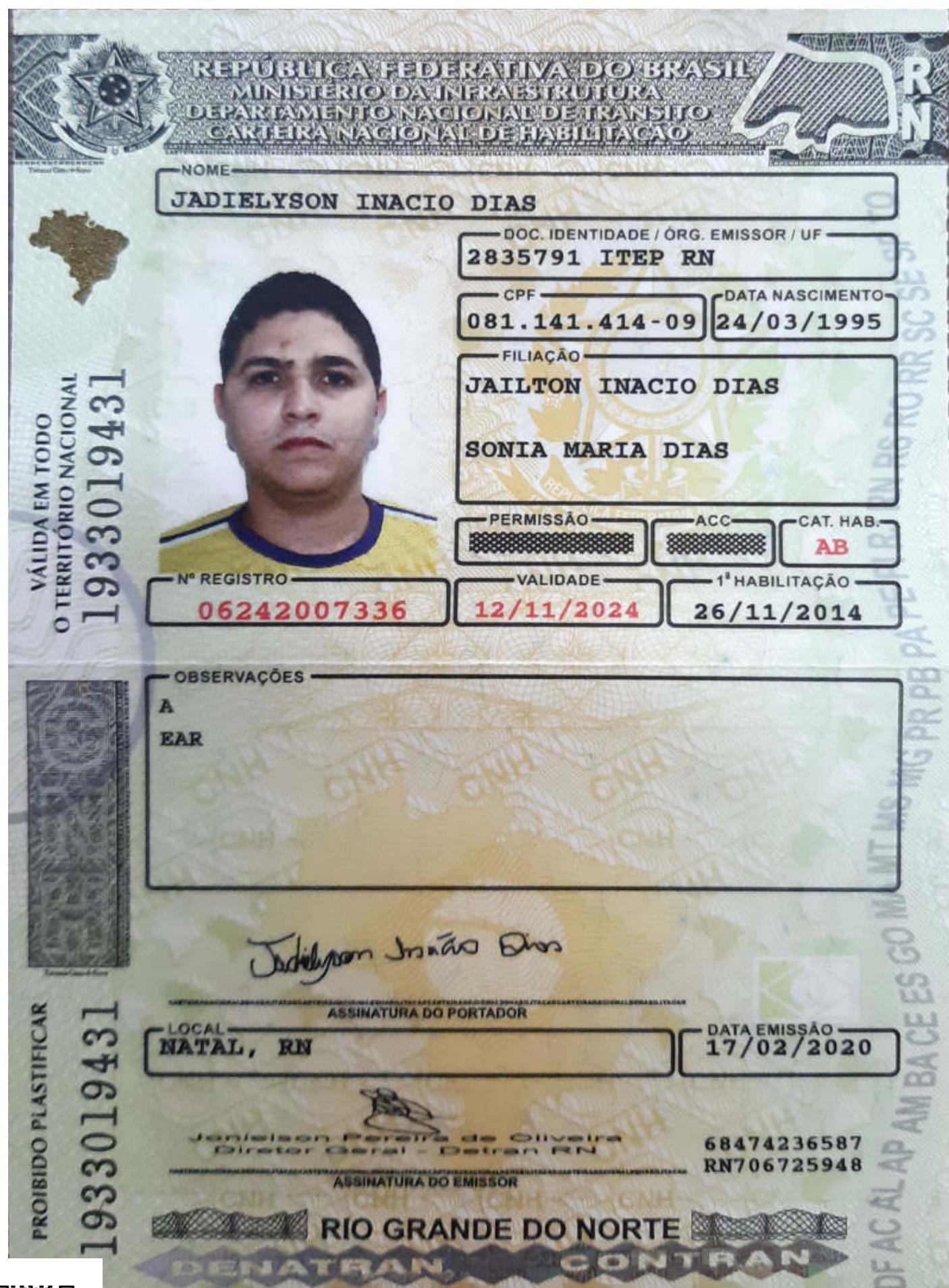
Num. 50469000 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 26







Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 29

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200239522      **Cidade:** Macaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JADIELYSON INACIO DIAS      **Data do acidente:** 15/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO TRAPÉZIO, CAPTATO, HAMATO ESQUERDO E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. PÁG 16

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO ESQUERDA.

**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 RESIDUAL DE 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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** JADIELYSON INACIO DIAS, brasileiro, casado, armazenista, Data do Acidente: 15/03/2018, Cobertura: invalidez, portador do RG nº 2.835.791-SSP/RN e inscrito no CPF sob o nº 081.141.414-09, residente na Rua Sebastião Inácio Dias, 55, Alto do São Francisco, Santa Maria/RN CEP 59.464-000.

**OUTORGADOS:** LEONARDO FERNANDES DE LIMA, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador da cédula de identidade nº 1.851.411 SSP/RN, e inscrito no CPF sob o nº 092.397.964-60 domiciliado a Rua Bela Vista, nº 196, Loteamento Nova República, Pajuçara, Natal/RN - CEP: 59.123-355.

**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.

Santa Maria; 25 de Junho 2020

Local e Data

JadIELYSON Inácio Dias

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187635/20

**Vítima:** JADIELYSON INACIO DIAS

**CPF:** 081.141.414-09

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/03/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JADIELYSON INACIO DIAS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LEONARDO FERNANDES DE LIMA : 092.397.964-60

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

#### JADIELYSON INACIO DIAS : 081.141.414-09

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](http://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: 06/07/2020  
Nome: LEONARDO FERNANDES DE LIMA  
CPF: 092.397.964-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

LEONARDO FERNANDES DE LIMA

THIARA VIRGINIA DA HORA

