



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
61759772	20/10/2020 11:42	<a href="#">2759338_CONTESTACAO_Anexo_02</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, 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 15919503





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, 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](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:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do veículo ou ASL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

081.141.414-09

JADIELYSON 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

JADIELYSON 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

leonor.dofilma.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:



RECUSO INFORMAR



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 A R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$5.001,00 A 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 POUQUANÇA (Somente para as contas Aberto. Adicione uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3470

CONTA:

3158

9

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que não será devolvido, 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 no 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.

Se não for o requerimento de 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 a análise médica presencial, caso necessário, as custas do Segurador, para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 a região do acidente for.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:



Mãe



Pai



Filho(a)



Irmão(a)



Outro



Não sei



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não



Não

Entou ciente de que a apresentação de um papel, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a existência de um acidente de trânsito, não gerará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além do que for devido por este artigo 209 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

30 - Local e Data, Macaíba, 25 de Junho de 2020.

Jadelyson Inácio Dias

Leonor Dofilma

32 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 PS. 003 V002/2019

**CAIXA**  
POUPANÇA



603689 0010 71378 7539

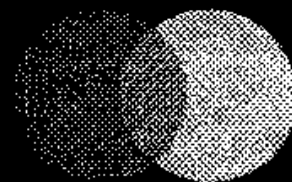
6036

JADIELYSON INACIO DIAS

VALID  
THRU

10/24

3470 013 00003168-9



mastercard





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**POLÍCIA 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**

Local 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**

**COMUNICANTE**

JADIELYSON INACIO DIAS, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 2835791 ITEP/RN, CPF: 081.141.414-09, armazenista, Médico 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 JJX9I80-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 contrario, e ao fazer uma ultrapassagem de risco em passagem continua sem acostamento, colidiu na moto deixando ambos as vítima 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. Walfredo 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, armazenista, Médico 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, Médico 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

**TESTEMUNHA(S)**

**INFRATOR(ES)**

**EXAMES REQUISITADOS**

Nenhum

**OBJETOS ENVOLVIDOS**

Nenhum

Autoridade: **Jose Normando Feitosa Lira**

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

Comunicante: *Jadilyson Inacio Dias*

**CONCLUSÃO/REMESSA**

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.

*[Assinatura]*  
Maria Aparecida de Alcantara Silva  
Policial Civil  
Matrícula: 194.710-9

-(84) 3271-6835

PolOffice

55a6a6e62e00b035df549645638ffa02f





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

081.141.414-09

JADIELYSON 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

JADIELYSON 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

leonardoflima.h@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(84) 99639-0833

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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: 3470

CONTA: 3168

8

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 ser pago em nome do(a) beneficiário(a) designado(a), desde que a mesma seja efetivada após a efetivação do crédito, quitando 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 fui 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.

Sob pena de processamento do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica prévia, caso necessário, às custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaração de ausência de laudo não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o laudo do IML não seja concluído.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 nasciturus (verbo)?

☐ 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 não pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem qualquer omissão ou declaração não verdadeira, podendo gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da aplicação da pena prevista no artigo 209 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Macaíba, 25 de Junho de 2020.

Jadelyson Inácio Dias

(assinatura da vítima/beneficiário ou declarante)

Leonardo Fernandes Lima

(assinatura do Procurador (se houver))

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

18/001 V007/2019



# 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: 000000003168-9

---

---

Nr. da Autenticação 3CB8797E32D49857







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 ENDEREÇO 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 338 348 11/05/2020 10/06/2020 CONSUMO (M³) DIAS 10 30 CONSUMO/DIA (M³) 0,34	

DESCRIÇÃO 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 DÉBITOS 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	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
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



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. 8



**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 FINANCEIROS**

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.XXXXXX.0154**

Data	Histórico	Parcela	Valor (R\$)
-	Total da fatura anterior		500,59
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 FINANCEIROS		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 00000000000000

Local de Pagamento: PARA SUA COMODIDADE, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.					Vencimento <b>15/05/2020</b>	
Beneficiário <b>FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Americas,3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ</b>					Agência / Código Beneficiário <b>2367 / 1605-5</b>	
Data do Documento <b>04/05/2020</b>	Número do Documento <b>3006107740</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Acerto <b>N</b>	Data de Emissão <b>04/05/2020</b>	Nosso número <b>09 / 030061077404</b>	
Nº da conta/Respo.	Carteira <b>09</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor Moeda	(-) Valor do documento <b>957,05</b>	
<b>INSTRUÇÕES</b> <b>Ao Caixa:</b> Receber independentemente do valor. Não receber pagamentos com cheques. <b>Ao Cliente:</b> Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, pague qualquer valor entre o mínimo e o total e, nesse caso, estará financiando sua fatura com incidência de encargos que serão cobrados na próxima fatura. Pagamentos inferiores ao mínimo ou após o vencimento incidirão multa, encargos de mora e financiamento na próxima fatura além de bloqueio dos cartões vinculados ao mesmo CPF, ações de cobrança e registro no SPC. Verifique a disponibilidade do parcelamento de fatura. Para contratar, pague o valor <b>exato</b> da opção escolhida. Após 15 dias de atraso, pague na loja* ou no BRADESCO. * Verifique disponibilidade * Os direitos de crédito oriundos desta fatura foram cedidos ao fundo de investimento em direitos creditórios FortBrasil."					(-) Desconto	
					(-) Outras Deduções	
					(-) Mora/Multa	
					(+/-) Outros Acréscimos	
Pagador <b>LEONARDO FERNANDES DE LIMA</b> CPF: 092.397.964-60 <b>RUA BELA VISTA, 196</b> <b>PAJUCARA</b> <b>59123355 NATAL - RN</b>					(-) Valor cobrado	

Ficha de Compensação AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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



## 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)

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 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 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<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Fernando Fernandes de Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

092.397.964, 60

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANIELYSON INACIO DIAS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

081.141.414, 29

do sinistro de DPVAT cobertura

INVULNERE

da Vítima

JANIELYSON INACIO DIAS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

081.141.414, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

RUA BELA VISTA

Número:

Complemento:

LOT. NOVA REPUBLICA

Bairro:

PAZUQUARA

Cidade:

NATAL

Estado:

CEP:

58.123-355

E-mail:

fernandoflora15@gmail.com

Tel. (DDD):

(84) 98898-8793

Local e Data:

Natal, 06 de JUL de 2020

Fernando Fernandes de Lima

Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017

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. 10

016



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



AMARELO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 010403.18-3

MATRICULA: 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 MEDIO  
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

*Transtorno de ansiedade - MSE*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

*Transtorno de ansiedade*

Assinatura e Carimbo do Médico

Autenticação: ea714a9af5767a49c5d759e8772d0e5e

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUIZIO 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.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215207000000048733694  
Número do documento: 19110215215207000000048733694

Num. 50468628 - Pág. 1



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

Num. 61759772 - Pág. 11

016



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



DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	ASS/CARIMBO (ENFERMAGEM)
15/03/2018	08:47	Dor abdominal tipo - 01 cap	
		Defecação - 01 cap	
		IM amon - 01 cap	
	08:59	Coltenes 750 - 01 cap	

ADMISSÃO ENFERMAGEM	CONTROLE DE PA E HGT					
	DATA	TEMP.	HORA	PA	HGT TESTE GLICÊMICO	ASS.
File consciente, orientada em O2 ambiente, medicação conforme prescrição médica						

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) SUTURA ( ) LAVAGEM GÁSTRICA ( ) RETIRADA DE PONTOS ( ) CURATIVO PEQUENO ( ) CURATIVO GRANDE

ALTA DO PACIENTE	LIB. APÓS PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM
( ) TRANSFERÊNCIA PARA _____	DATA: ____/____/____ HORA: ____:____
( ) A REVELIA	ASSINATURA: _____
( ) POR ÓBITO: ( ) SVO ( ) ITEP ( ) D.O. _____	
(X) MÉDICA	

DATA	HORA	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO	DATA E HORA DA SAÍDA DA UNIDADE
15/3/2018	09:36	Dr. Marta Dina Tavares Médica CRM 132099	ASS.: _____
			DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE
			ASS.: _____

Autenticação: ea714a9af5767a49c5d759e8772d0e5e

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

Página: 2



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:52  
https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911021521524500000048733695  
Número do documento: 1911021521524500000048733695

Num. 50468979 - Pág. 1



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

Num. 61759772 - Pág. 12





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13030 /2018

Admissão: 19/03/2018 11:27:59

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

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  
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO  
\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: 40 DEFORMIDADE					Classificação: 19/03/2018 11:22:24				
REGULADO POR DR CARLOS PINTO									
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DEFORMIDADE EM MSE

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

*Queda de moto com traumatismo no  
punho / mão esquerda.*

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

#### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

RAIOS X  
Realizado em 19/03/18  
Técnico: \_\_\_\_\_



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)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: 19/03/18 HORA: 12:20H

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

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.tjm.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.tjm.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 carpometacárpica 2 raio? Com componente do trapézio

COM MÁXIMA URGÊNCIA!!!!!!  
Complicação de seqüela 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 EMMANUE	
Paciente: 82677 - <b>JADIELYSON INACIO DIAS</b>	
Convênio: ION - AMBULATORIO - 700009566667803	

Laudo Médico

**SINAIS CLINICOS: 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 Emmanuel M. Magalhães  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/AM 3037 - TEOT 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 Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<p><b>ATESTADO MÉDICO</b></p>
<p><b>ATESTADO</b></p>	

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

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 12:23 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 S62.1. ( Trapezius )

Natal, 19/03/18  
Local e data

[Assinatura]  
Assinatura e identificação profissional

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



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:56  
<https://pje1g.tjm.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.tjm.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 Jadicleyson I. Dias

foi examinado nesta Unidade às \_\_\_\_\_, horas necessitando  
de 03 (três) dias de afastamento do trabalho, a partir desta  
data. 12.4

S. Maria, 15/03/18  
Localidade e Data

Maria Dizele E. Silvestre  
MÉDICA  
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 à 15 dias de afastamento do trabalho.



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:56  
<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215642700000048734005>  
Número do documento: 19110215215642700000048734005

Num. 50468989 - Pág. 1



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

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:

Fratura do fêmur à Esq.

Ambulatorial de ortopedia

Dr. Hélio Rubens

Hospital Monsenhor

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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=20102011422751000000059240300>

Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUIZIO ALVES

AV. Mônica Dantas S/N Centro, Macaíba- RN Tel.: 3271-6500  
CNPJ: 11.303.093/0001-40

### RECEITUÁRIO

NOME:

Jachellysane Inacio

Dias

Soluções:

Rx de pulso  
e mão E

HT = Normal

Dr. Maria Lima Tavares  
Médica  
CRM 1534

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=19110215215812000000048734010>  
Número do documento: 19110215215812000000048734010

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

		<p align="center"> <b>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>  <b>DEPARTAMENTO DE GESTÃO</b>  <b>REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>  <b>RUA SANTA MARIA, 219 - CENTRO</b> </p>			
<p align="center"><b>FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO</b></p>					
UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE			ESPECIALIDADE <i>ortopedica</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Andelison L. Dias</i>			DATA DE NASCIMENTO		
NOME DA MÃE					
ENDEREÇO					
SEXO M ( ) F ( )	CPF	IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR		MUNICÍPIO DE ORIGEM	
<p align="center"><b>RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM</b></p>					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)					
<p align="center"><i>fratura trocãter a 90º</i></p>					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		CID	PRIORIDADE		
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO		MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)			
<i>S. Lins</i>					
<p align="center"><b>PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO</b></p>					
UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE		CÓDIGO DE ATENDIMENTO		
<i>ambulatório ortopedico</i>					
ENCAMINHADO PARA DR.	DIA	HORA			
<i>DR. Helio Rubens</i>					
<p align="center"><b>FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA</b></p>					
<p align="center"><b>RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA</b></p>					
NOME DO PACIENTE			CÓDIGO DO ATENDIMENTO		
DIAGNÓSTICO			CID		
CONDUTA ADOTADA					
MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)			LOCAL E DATA		
<p align="center"> <b>A ficha de Contra-referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.</b> </p>					



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:58  
<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911021521584400000048734011>  
 Número do documento: 1911021521584400000048734011

Num. 50468995 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28  
<https://pje1g.tjm.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 cominutivas 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.

Lauda gerado no dia: 23/05/2018 17:36. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wberad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **hxofZuQR** 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.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215920600000048734013>  
Número do documento: 19110215215920600000048734013

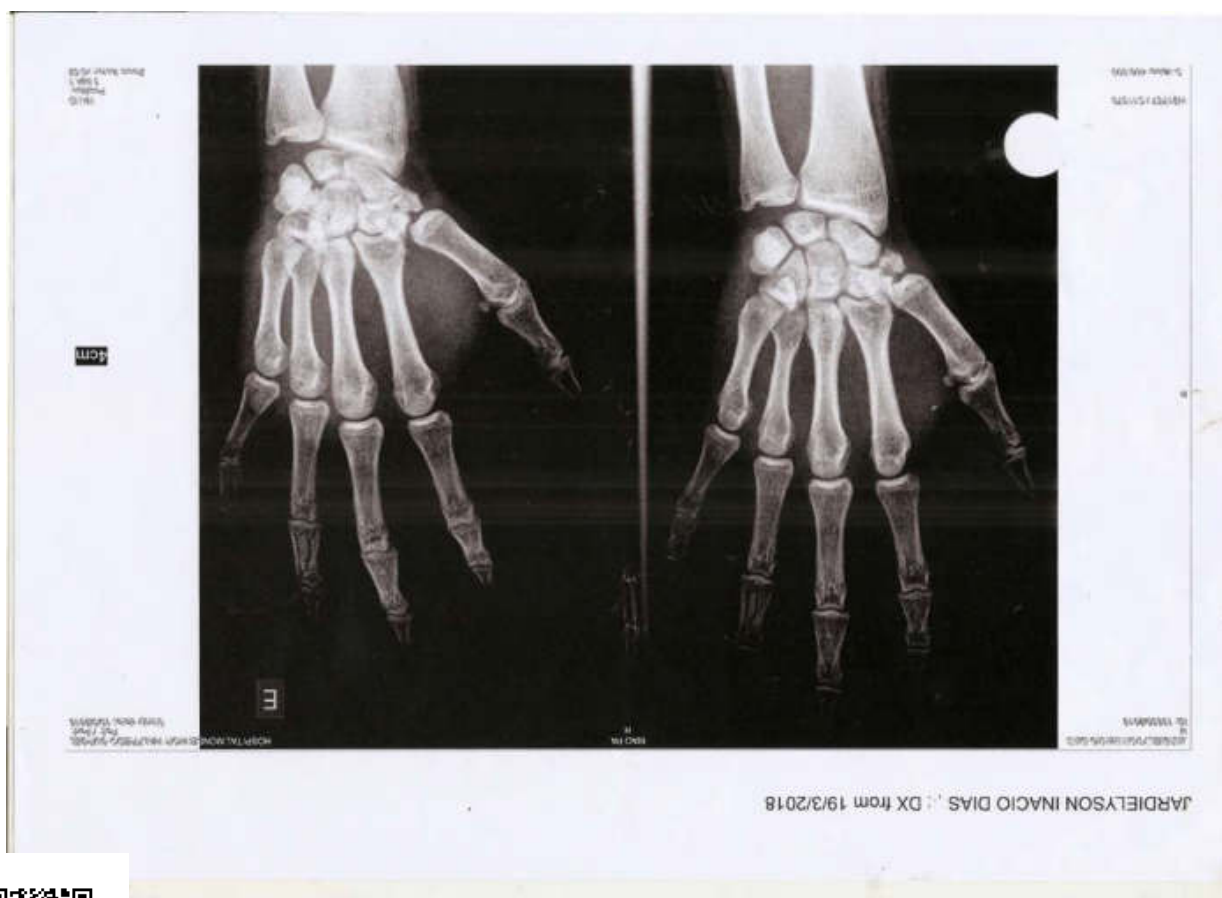
Num. 50468997 - Pág. 1



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

Num. 61759772 - Pág. 23





Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:59  
<https://pje1g.tjm.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.tjm.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.tjm.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.tjm.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 *multislíce*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

**Análise:**

Múltiplas fraturas cominutivas 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.wberad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **hxdtZuQR** 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.tjm.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.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>  
Número do documento: 20102011422751000000059240300

Num. 61759772 - Pág. 26

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CAMIÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1760606055

**LEONARDO FERNANDES DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
1851411 ITEP RN

CPF 092.397.964-60 DATA NASCIMENTO 15/11/1991

FILIAÇÃO  
FRANCISCO JUNIOR DE LIMA  
ZENECIDE FERNANDES LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAZ B

VÁLIDA 30/03/2024 1ª HABILITAÇÃO 15/07/2010

REGISTRO 04985053244

OBSERVAÇÕES  
EAK

*Leonardo Fernandes de Lima*  
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO 29/03/2019

LOCAL NATAL, RN

*Octávio Santiago Filho*  
Octávio Santiago Filho  
Diretor Geral - Detran/RN  
ASSINATURA DO EMISSOR




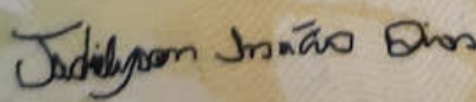
08638447803  
RN705460746

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1760606055

RIO GRANDE DO NORTE





		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>			
		<b>MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA</b>			
		<b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO</b>			
		<b>CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</b>			
<b>NOME</b>					
<b>JADIELYSON INACIO DIAS</b>					
<b>DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF</b>					
<b>2835791 ITEP RN</b>					
<b>CPF</b>					
<b>081.141.414-09</b>					
<b>DATA NASCIMENTO</b>					
<b>24/03/1995</b>					
<b>FILIAÇÃO</b>					
<b>JAILTON INACIO DIAS</b>					
<b>SONIA MARIA DIAS</b>					
		<b>PERMISSÃO</b>		<b>ACC</b>	
					
		<b>CAT. HAB.</b>		<b>AB</b>	
		<b>Nº REGISTRO</b>		<b>VALIDADE</b>	
<b>06242007336</b>		<b>12/11/2024</b>		<b>26/11/2014</b>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>					
<b>A</b>					
<b>EAR</b>					
					
<b>ASSINATURA DO PORTADOR</b>					
<b>LOCAL</b>		<b>DATA EMISSÃO</b>			
<b>NATAL, RN</b>		<b>17/02/2020</b>			
					
<b>Jonilson Pereira de Oliveira</b>					
<b>Diretor Geral - Detran RN</b>					
<b>ASSINATURA DO EMISSOR</b>					
<b>68474236587</b>					
<b>RN706725948</b>					
<b>RIO GRANDE DO NORTE</b>					
<b>DENATRAN CONTRAN</b>					

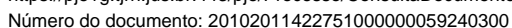


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 20/10/2020 11:42:28

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011422751000000059240300>

Número do documento: 20102011422751000000059240300

14/01/2018



## 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
Total			7 %	R\$ 945,00





## 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

