



Número: **0800542-60.2020.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63002454	20/11/2020 15:24	2767638_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180074130**

Vítima: **JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180074130**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12393576

Pag. 01995/01996 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Sinistro: 3180074130

Vítima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180074130** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12406228



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Carta nº: 12484701

A/C: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180074130
Vitima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
Data do Acidente: 12/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000762

Conta: 0000034252-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01505/01506 - carta_15R - INVALIDEZ

00020753



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 097.116.674-95 Nome completo da vítima: Jose de Arimathea Rodrigues de Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Jose de Arimathea Rodrigues de Araujo</u>	<u>097.116.674-95</u>	<u>Agricultor</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Jose Antonio Angelo da Silva</u>		
Bairro	Cidade	Estado
<u>Centro</u>	<u>NOVA GUY</u>	<u>RN</u>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<u>59215-000</u>	<u>(084)99197-0155</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0762 D/V 34252 D/V 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

NOVA GUY RN 14 de Dezembro de 17
 Local e Data

Jose de Arimathea

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP.001 VU01/2017

Rodrigues de Araujo





AUTO-ATENDIMENTO - SAA AG. NOVA CRUZ
DATA: 18/12/2017 HORA: 15:09:46
TERMINAL: 07621017 CONTROLE: 076210170504

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0762.013.00034252-7
NOME: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE A
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 352395810

NÚMERO DO ENVELOPE: 0363105590
NÚMERO DE CONTROLE: 352395810

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180074130
Nome do(a) Examinado(a): Jose de Arimateia Rodrigues de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Antonio Angelo da Silva, 11
Centro Nova Cruz RN CEP: 59215-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / RN] 002281056
Data local do acidente: [12/11/2017]
Data local do exame: [27/02/2018] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
MÃO ESQUERDA (FRATURA DE METACARPO)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: RIGIDEZ
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
FUNCIONAL (LIMITAÇÃO ARCO DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA)
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

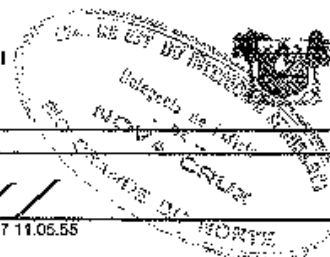
Elson S. Miranda

Dr. Elson Miranda
Ortopedista
CRM/RN 6301 TEOT 13807





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 6ª DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ
Endereço: RUA PROF. MÁRIO PINOYE, 259, CENTRO, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017076001130
1.2 Data de Expedição: 12/12/2017 11:05:55
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/11/2017 17:30:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: NO CENTRO DO MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ RN
2.8 Número: 0000
2.9 CEP: 59.215-000
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: NOVA CRUZ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: FRANCISCO DE ASSIS FÉLIX DE ARAUJO
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: ZULEIDE RODRIGUES DOS SANTOS
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 08711667495
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 23/06/1980
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.14 RG: 002661056 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 94351185
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 11
3.18 Maturidade: MACAIBA RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: NA RUA JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA
3.23 Cidade: NOVA CRUZ
3.24 CEP: 59215000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: NNZ7453
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
7.1.18 Observações: MOTOCICLETA ENVOLVIDA EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

DISSE O DECLARANTE QUE ESTAVA NA MOTOCICLETA SUPRA CITADA A CAMINHO DE SUA RESIDÊNCIA, QUANDO UM VEÍCULO DE MARCA E MODELO NÃO IDENTIFICADOS FEZ UMA CONVERSÃO EM ALTA VELOCIDADE PARA A VIA E COLIDIU DE FRENTE AO PARA-CHOQUE DESSE TAL VEÍCULO COM A MOTO, QUE COM IMPACTO FICOU DESACORDADO; QUE O MOTORISTA NÃO PAROU PARA SOCORRER, QUE FOI ENCAMINHADO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DO MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ, CONFORME Nº BAA 47.036 DE 12/11/2017 E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DE NATAL RN; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

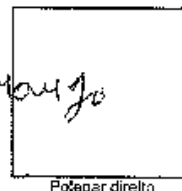
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 12/12/2017 11:05:55

Policial

Interessado



Atendimento: 2071967 - TINERSON GOMES CIRILO
Impresso por: 2071967 - TINERSON GOMES CIRILO em 12/12/2017 11:05:59

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Joze de A. Mimatia Rodrigues de Araujo CPF da Vítima: 097.116.674-95 Data do Acidente: 12/11/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Nova Cruz/RN 14 de Dezembro de 17
Local e Data

Joze de A. Mimatia Rodrigues de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Amato



DALL001 V001/2017





Classificação de risco

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA
Rua Doutor Mário Negócio, 128 - centro
CNPJ: 08.144.784/0001-33
Telefone: (84)3281-5815

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA nº: 47.035 Data: 32/11/17 Hora: 18:36

Nome: José de Arimatéia R. de Araújo
Nome da Mãe: Zulide Rodrigues dos Santos
D.N.: 23/06/1986 Idade: 31a Cor: M Sexo: M Estado Civil: casado
RG: 002.589.056 CNS: 70650533037093 Telefone: _____
Naturalidade: Macaiá - RN Profissão: Agricultor
Endereço: R. Antônio Angélio da Silva
Bairro: Quil. Teia Preta Cidade: Nova Cruz UF: RN

Queixa do paciente:

Queda de moto

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☒ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a _____ ☐ Outros:

Sinais vitais

HORA/VISTO:

Temp.:	Freq. Cardíaca:	Freq. Respiratória:	Saturação:	P.A.:	Peso:
--------	-----------------	---------------------	------------	-------	-------

Avaliação da enfermagem:

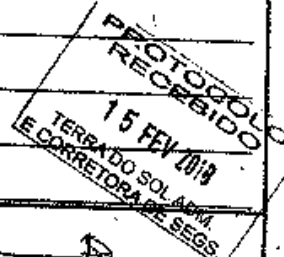
Acidente de trânsito
Queda de moto

Exame clínico:

Hipótese Diagnosticada:

Fratura na mão esquerda

Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA? ☐ SIM ☒ NÃO



ATO DECLARATÓRIO



Prescrição médica: *Diclofenaco (757) 1x 1 f* Hora/Visto: *18:50*

[Assinatura]

[Assinatura] Jorge Chediak Neto
CRM 91251/RN

Conduta médica (quando necessário):

Relatório de enfermagem:

Paciente vítima de queda de auto e fratura de
quadril em fratura (E), e sangramento lux. Carga 15

18:45

1cc Cefaz para lavagem + met. magalhães.

Paciente recusou-se à: _____ Horário: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do paciente: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revellia ☐ Internado, no serviço de: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Para: *21/11/2020 20:30*

Setor: *Unidade de Ortopedia*

☐ Óbito Data: ____/____/____ Hora: ____:____

- Entregue à: ☐ Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.

Médico (a) - carimbo

[Assinatura]
Enfermeira
COREN RN 448.305

Enfermeiro (a) - carimbo

PROCESSO RECEBIDO
15 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E-CORRETORA DE SEGS.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000034252-7

Nr. da Autenticação 8B35A366785E7C2C



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose de Arimateia Rodrigues de AraujoRG nº 002.581.056 data de expedição 16/11/17 Órgão SSP/RN

CPF nº 097.116.674-95 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Antonio Angelo da Silva</u>
Número	<u>11</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084)98780-6894 / (084)99197-0155</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/RN 14/12/17

Assinatura do Declarante:

Jose de Arimateia Rodrigues
de Araujo

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria Jose Torgino Ribeiro inscrito (a) no CPF 019.566.524 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose de Arimatia Rodrigues de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.116.674 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose de Arimatia Rodrigues de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.116.674 / 95 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Rua Jose Antonio Angelo da Silva</u>		Número <u>11</u>	Complemento _____
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Nova Cruz</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59215-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____

Nova Cruz / RN 14 de Dezembro de 17
Local e Data

Maria Jose Torgino Ribeiro
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José Targino Ribeiro

RG nº 1.941.618, data de expedição 16/05/12,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 019.566.524-42, com domicílio
na cidade de Nova Cruz, no Estado de RN,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Antônio Angelo da Silva, nº 11,
complemento Quilômetro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jose de Dumitrua Rodrigues de Araújo o condutor era
Jose de Dumitrua Rodrigues de Araújo.

Veículo: Moto
Modelo: Honda / CG 125 Fan K15
Ano: 2012
Placa: NN27453
Chassi: 9c23c4130eR495654
Data do Acidente: 12/11/17
Local e Data: Nova Cruz / RN 14/12/17



Maria José Targino Ribeiro
Assinatura do Declarante

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
MARIA JOSÉ TARGINO RIBEIRO - Por ter sido posta em
minha presença, dou fé.

Ofício de Nova Cruz/RN, 16 de Novembro de 2017.
Em testemunho da verdade.

Amanita Hortência da Costa - Escrevente Autorizado(a)
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





Frapel Rorer (Rolarana)

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA
Rua Doutor Mário Negócio, 188 - centro
CNPJ: 08.144.784/0001-33
Telefone: (84)3281-5815

Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº:

47/035

Data:

32/11/17

Hora:

18:36

Nome: Jose de Arimateia R. de Anayre
Nome da Mãe: Zuleide Rodrigues dos Santos
D.N.: 23/06/1986 Idade: 31a Cor: M Sexo: M Estado Civil: casado
RG: 002.587.056 CNS: 706505330370099 Telefone: _____
Naturalidade: Macau - RA Profissão: Agricultor
Endereço: R. Antonio Angelina da Silva
Bairro: Env. Leica Moreira Cidade: Nova Cruz UF: RN

Queixa do paciente:

Queixa de mão

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☒ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia à _____ ☐ Outros:

Sinais vitais

HORA/VISTO:

Temp.: _____ Freq. Cardíaca: _____ Freq. Respiratória: _____ Saturação: _____ P.A.: _____ Peso: _____

Avaliação da enfermagem:

Acidente de trânsito
Queixa de mão

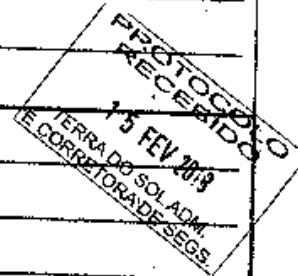
Exame clínico:

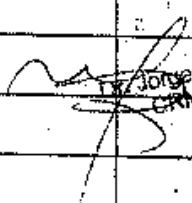
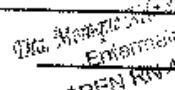
Hipótese Diagnosticada:

Fratura na mão esquerda

Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA?

☐ SIM ☐ NÃO



Prescrição médica: <u>Diclofenaco (757) 1x p 12h</u>		Hora/Visto: <u>18:50</u>
		 Dr. Jorge Chediak Sosa CRM 9125/RN
Conduta médica (quando necessário):		
Relatório de enfermagem:		
Paciente <u>Ubirajara</u> de <u>quarta</u> de <u>uisto</u> e <u>perpetua</u> de <u>patas</u> em <u>rucho</u> e <u>exone</u> <u>luz</u> . <u>Carga</u> 15 <u>rec</u> <u>Caro</u> <u>for</u> <u>leira</u> + <u>mot</u> <u>mag</u> <u>valdo</u> .		
Paciente recusou-se à: _____ Horário: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do paciente: _____ Testemunha: _____ RG: _____		
Destinação do Paciente		
☐ Alta ☐ Revelia Data: ____/____/____ Hora: _____	☐ Internado, no serviço de: _____ (neste hospital)	☐ Encaminhado em <u>2/11/2017</u> Hora: <u>20:30</u> Para: <u>Eltona Lima</u> Setor: <u>Qualquer da Ortopedia</u>
☐ Óbito Data: ____/____/____ Hora: _____ - Entregue à: ☐ Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P.		
Médico (a) - carimbo		 Enfermeira COREN RN 448-504 Enfermeiro (a) - carimbo





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

(MR)

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES
5 - NOME DO PACIENTE JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES	
6 - Nº DO PROTOCOLO	7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 708505330370093
8 - DATA DE NASCIMENTO 28.06.86	9 - SEXO MASCULINO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ZULEIDE RODRIGUES DOS SANTOS	11 - TELEFONE DE CONTATO 9.9477 3491
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. JOSE-ANTÔNIO RIBEIRO DA SILVA, Nº 11	13 - MUNICÍPIO NOVA CRUZ
14 - BAIRRO CENTRO	15 - UF RN
16 - CEP 59435-335	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Acidente motorizado / trauma em membros.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx demonstrando fratura e desvio em 2º metacarpo			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura 2º metacarpo E	21 - CID INICIAL S62	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020539	26 - LITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 12.11.18
29 - DT SOLICITAÇÃO		30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

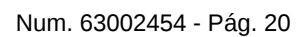
PROTOCOLO
RECEBIDO
15 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS.

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 a luz dos valores éticos e humanitários



Uthman

PROTOCOLADO
RECEBIDO
15 FEV 2012
TERMINO DA LATA
E CORRETORA DE SIGS.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.381.054 DATA DE EMISSÃO 16/11/2017

NOME JOSE DE ARIMATEA RODRIGUES DE ARAUJO

PAIS FRANCISCO DE ASSIS FELIX DE ARAUJO

MATRICULA JULIENE RODRIGUES DOS SANTOS

NATURALIDADE MACAIBA-RN DATA DE NASCIMENTO 23/06/1996

CERT. DE CASAMENTO L-6-83 F-232 8066113

MACAIBA-RN-2 CARTORIO

007.118-678-93

Assessoria Jurídica do M. J. 2017

LEI Nº 118 DE 1997

Vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO II

MACAIBA-RN

JOSE DE ARIMATEA RODRIGUES DE ARAUJO

MACAIBA-RN

MACAIBA-RN

FOTOCOPIA RECEBIDA

15 FEV 2018

TERRA DO SOL ADRI

E CORRETORA DE SEGS



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEPAI 1.941.615 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 16/05/2012

IDENTIFICADO MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

FILIAÇÃO ANTONIO TARGINO RIBEIRO
AVELINA FRANCISCA RIBEIRO

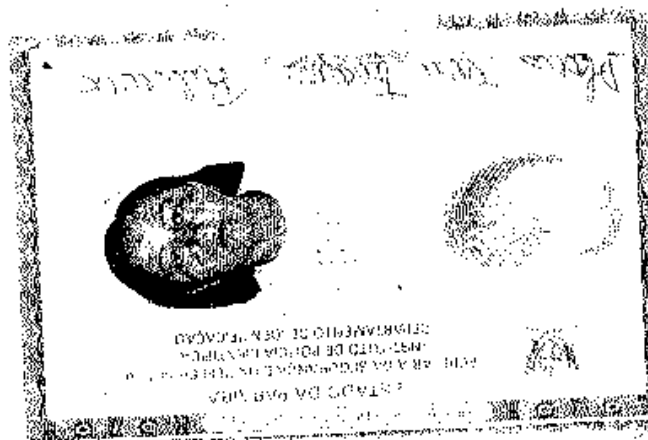
NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 18/03/1975

DDI ORDEM
NASC. N. 21492 FLS. 214.1 IV. A79
CARTÓRIO 2º NOVA CRUZ-RN

CPF 019.566.524-42

SIGNATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.119 DE 20/06/83



RECIBIDO
15 FEB 2012
TERMINAL SUL AMM
CORREIÇÃO DE SEGS



RECEBIMOS DA CASA DE TIPOGRAFIA E FOTOCOPIAGEM NACIONAL

RECEBIMOS
DATA DE
1.941.515 -2 VIA 18/05/2012

NOVA MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

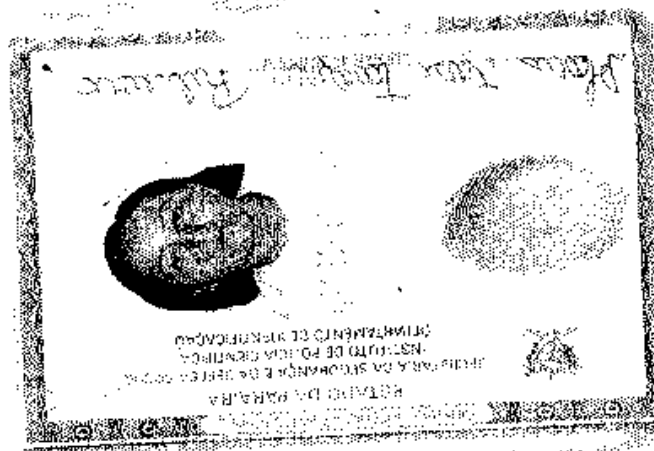
FILIAÇÃO ANTONIO TARGINO RIBEIRO
AVELINA FRANCISCA RIBEIRO

NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 18/03/1975

ASSINADO EM
MASC N. 21492 PLS. 214 LIV. A79
CARTORIO 2º NOVA CRUZ-RN

CPF 019.566.524-42

ASSINATURA DE CHERO W. N.



RECEBIMOS
15 FEV 2014
TERÇA DO SUL - 2014
CORRETORES DE SEGS



Dados do Veículo de placa NNZ7453				Em 20/12/2017 11:11:56 por ANTONIO EVERALDO DE LIMA JUNIOR			
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipos	Categoria	Espécie	Lugares	
NNZ7453	468257001	NNZ7453/RN	1-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2	
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
002844-HONDA/CG 125 FAN KS (Nacional)	2012/2012		0	2-Gasolina	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário				Recadastrado DETRAN			
MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO				DetranNet			
Proprietário Anterior				Situação Lacre			
JOSE CARLOS DA SILVA JUNIOR				REGULAR Portaria 272/2007			
				DENATRAN			
Município de Enquadramento			Licenciado até		Adquirido em		Situação
NOVA CRUZ			2017 em 01/06/2017 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)		01/06/2017		Em Circulação
Restrição à Venda				Carnê de Licenciamento 2017			
Sem gravame				Gerado em 16/02/2017 às 21:34 hs.			
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos							
Nenhum Impedimento registrado até esta data							
Características do Veículo							
Chassi		Número do Motor		Número do Câmbio			
9C2JC4110CR495654 (Normal)		JC41E1C495654					
Quantidade de Eixos	Número do Eixo Traseiro	Número do Eixo Auxiliar		Número da Carroceria			
0							
Cilindradas	Capacidade de Carga (Tons.)		Peso Bruto Total (PBT)	Capacidade Máxima de Tração (CMT)			
124	0		10,29	0			
▶ Dados do Proprietário							
▶ Listagem de Débitos							
Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.							
▶ Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
▶ Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
▶ Último Processo							



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180074130 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
FRATURA CONSOLIDA SEM DESVIOS IMPORTANTE
COMPLICAÇÕES: RIGIDEZ

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Elson Jose dos Santos Miranda

CRM do médico: 6301

UF do CRM do médico: RN

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	JOSE DE ARIMATEIA DE ARAUJO
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	002.581.056
ENDEREÇO:	PUA: JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA, 11, CENTRO, NOVA CUNHA

OUTORGADO

NOME:	MARIA JOSE FARGINO KUBERO
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTORA
IDENTIDADE:	1.941.615
ENDEREÇO:	PUA: JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA, 11, CENTRO, NOVA CUNHA

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

NOVA CUNHA 16.11.17

LOCAL E DATA



JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

