

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00879-6

CONTA: 000010028120-6

Nr. da Autenticação AEA3F59BB0164CD3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200176784 **Cidade:** Umarizal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200176784 **Cidade:** Umarizal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138166/20

Vítima: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 709.672.474-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/03/2019

Titular do CPF: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA : 709.672.474-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/05/2020
Nome: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 709.672.474-54

JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011460411743
00.199 435 970 007.00000001

ANTONIO MARQUES DE OLIVEIRA
06544281409
RUA
MOQ3753/PB

NOVA
PB 9C2HB02
R514819
CONSOLINA

PAS/MOTOCICLO
HONDA/POP100
C1
PARTE

1) TPVA 37,5%
2) PARCELAMENTO 0
3) COTAS 1

SEGURO
A.F. ALMOPE CRED. FINANC. INV. S.A.
DO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO

JOAO B
31/03/20

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 011460411743
ANTONIO MARQUES DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVAT.GOV.BR

ANTONIO MARQUES DE OLIVEIRA
RUA
MOQ3753/PB

1) 199245290
2) 9C2HB02 10AR5
3) 2010 9

SEGURO
COTA ÚNICA
PARCELADO

SEGURO LIDER - DPVAT
31810 438210-20140331



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Umarizal
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CNPJ nº 12.439.069/001-03 - Av. Gavião, 19 - Centro - Umarizal/RN
Centro de Saúde "Guaraci da Costa Onofre"

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: João Victor Batista dos Oliveira IDADE: 19 anos

ENDEREÇO: Rua Venâncio José Martins

DATA: 05/03/19 HORA: 11:17 h.

PA: 20x80 mmHg

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico (queda de moto), com
deformidade em pernas (B), com dor intensa. Fito estabilizado
e encaminhado para o H.R.D.C.C.A.

H.D.: Fratura?

PRESCRIÇÃO: ① cefasolima 1g + ARD EV

② Tramadol 100mg + 100mg SF 0,9%

③ SFO 0,9% 500 mg EV rápido.

Dr. Francisco Tadeu Nunes
Médico - CRM 1688
CPF: 107.723.604-16

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefone (84) 3351 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA				TEL:		Nº REG: 434927					
Nas: 27/09/1999		1-Masculino		Solteiro		AGRICULTOR		Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº		003.495.901	
Pai: MANOEL LAILTON ALVES BATISTA						Mãe: LUZIA ERNESTINA DE OLIVEIRA NETA					
Endereço: ST AGUA BRANCA 0						UMARIZAL RN					
Responsável: 701 8082 0501 0175										TEL:	
Endereço do Responsável:											

Serviço: Urgência / emergência				Enfermaria:				Leito:			
Admissão: 05/03/2019		Hora admissão: 14:35		Data da Alta:				Hora da Alta:			
Dados Clínicos: PA:..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:..... FR.....											

Acidente de Trabalho		Sim ☐		Não ☐	
----------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	--

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Lesões ou afecções encontradas



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 14:39 CRM

Sistema
União de
SaúdeMinistério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante

2 - CNES

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

4 - CNES

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

2 4 0 9 2 7 5

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente

JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

Cert.nasc.

☐ Título☐ CPF☐ RG☒ N°

6 - Documento

003.495.901

6 - N° do prontuário

94790

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

Rapa/cor

BRANCA

8 - Data de Nascimento

27/09/1999

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

LUZIA ERNESTINA DE OLIVEIRA NETA

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, N°, Bairro)

ST AGUA BRANCA

0

13 - Município de Residência

UMARIZAL

14 - Código IBGE Município

15 - UF

RN

16 - CEP

59865000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

Paciente vítima de acidente de moto e trauma
com MIP.
e presença de FCC em forma (D) e (D)

18 - Condições que Justificam a Internação

Cirurgia

19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Roxo x

20 - Diagnóstico Inicial

Fratura exposta fêmur (D)

21 - CID 10 Principal

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associada

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

amputação traumática de fêmur exposto

25 - Código do Procedimento

26 - Clínica

27 - Caráter Internação

05

28 - Documento

CNS

☐ CPF

29 - N° do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

9 - Outras

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

JOSE CASSIMIRO NETO

31 - Data Solicitação

05/03/2019

32 - Assinatura e Carimbo (N° do Registro do Conselho)

Dr. 8092 [Assinatura] [Carimbo]
Ortopedia e Traumatologia

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

36 - CNPJ da Seguradora

37 - N° do Bilhete

34 - () Acidente Trabalho Típico

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

35 - () Acidente Trabalho Trajetado

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor

Número da Autorização

M 240940704

45 - Documento

46 - N° do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

CNS

☐ CPF

47 - Data Solicitação

48 - Assinatura e Carimbo (N° do Registro do Conselho)

05/03/2019

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefex (84) 3351 - 9840

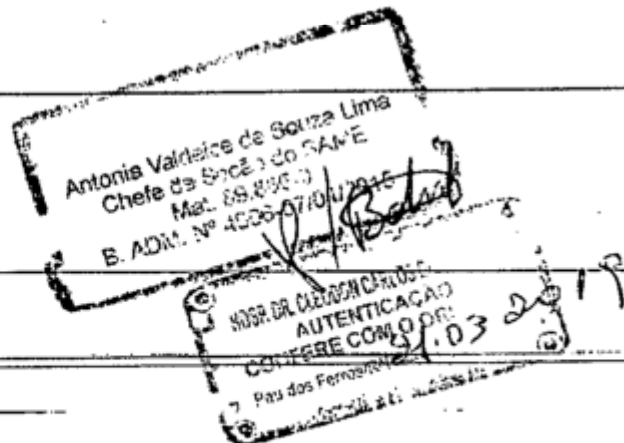
PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA						PRONT: 94790	
Nas: 27/09/1999	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cart.nasc. ☐ Titulo ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	003.495.901		
Pai: MANOEL LAILTON ALVES BATISTA				Mãe: LUZIA ERNESTINA DE OLIVEIRA NETA			
Endereço: ST AGUA BRANCA			0				
Cidade: UMARIZAL		UF: RN		Responsável: 701 8082 0501 0175			
Endereço do Responsável: 3 9921 3056							
Serviço: S - Outras				Enfermaria: 10		Leito: A	
Admissão: 05/03/2019				Data da Alta: 16-03-19		Dias de Permanência: 11	
Diag. Inicial:							
Diag. Principal:							

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

Paciente vítima de acidente de moto e
fratura com U.D.

Complicações:



Complicações de alta:

Causa Imediata do óbito:

JOSE CASSIMIRO NETO
Médico: CRM 9631
CPF

Hora:

18:51



BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente: João Vitor Batista.

Reg:

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura exposta com fratura (D)

Tipo de Operação:

Limpeza cirúrgica + Fixador externo

Diagnóstico Pós-operatório:

Sem complicações

Relatório Imediato da Patologia:

Acidente durante a operação:

Exame radiológico no ato:

INTERVENÇÃO

Início:

Término:

Duração:

Cirurgião:

Dr. José Camargo L. Dr. João Vitor

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Tullio G. G.

Assinatura Valdeice de Souza
Chefe do Serviço de S.
Mat. 89.850-
B. 1005-07-1

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICADO
CONFERE COM O ORIGINAL
Pau dos Ferros RN

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Lavagem com SDA sob aspiração
- 2) Anestesia e Antissepsia
- 3) Colocação de campos cirúrgicos
- 4) Limpeza cirúrgica de fratura com antiseptico
com fratura (D) e 8/0, 1/2 + Sutura
- 5) Colocação de fixador externo com fratura (D)
com auxílio de roscas



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP
Hospital Dr. Cleodón Carlos de Andrade
BR 405, Km 03, 1971, Bairro Arizona, Pau dos Ferros - RN, (84) 3351-9840

ATESTADO

Atesto que o Sr.(a) João - Vitor Batista

de Oliveira

foi atendido(a) nesta Unidade Hospitalar, portador (a) da entidade
nosológica - CID S82.2, devendo permanecer afastado(a) de
suas atividades habituais pelo período de 30 dia(s).

Dr. Alexandre G. Sousa
Oncologista
Pau dos Ferros

Pau dos Ferros, RN 16 de 03 de 2017



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

405 - RUA 03, BARRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3351 - 9846 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospdrcteodon@rn.gov.br

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Paciente: João Vitor B. de Oliveira

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

1) Cloxacina 500mg _____ 28p.

Tomar 01 comprimido 6/6h.

2) Dipirona 500mg _____ 01x.

Tomar 01 comprimido 6/6h. Se dor.

Dr. Mayara G. Souza
Cirurgiã Dentista
Especialista em Odontologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENT.: _____

ÓRG. EMISSOR: _____

END.: _____

CIDADE: _____

UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: / /

Assinatura do Farmacêutico



Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade
BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840

Nome:

João Vitor

Receituário

Prescrição a ser feita em uma semana

o Nsoma de

acompanhar

Arbitrário

11

Dr. Emanuel F. Paula
Otorrinolaringologista
CRM 10.000

Data:

03/05/19



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SEMSA
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

405 - RUA DO BARRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3331 - 9240 - PAU DOS FERROS - RN

CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospitalcdo@rn.gov.br

Nome:

João Vitor Batista
mao

Receituário

10A
CL Cirurgião

ECE de diagnóstico

05/02/19

José Caspary Neto
med. e traumatologia
AN 2-37 TEC 16283

Data: *08-03-18*



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMARIZAL

CNPJ: 08.348.963/0001-92 - AV. GAVIÃO, 19 - FONE: 84. 3397-2229

CEP: 59.865-000 - UMARIZAL/RN

RECEITUÁRIO

Nome:

Astudo

Aferido para os devidos
fins que João Carlos B. de
Souza encaminha e responsabiliza
deixar nos devidos lugares.

CID: S87.2

Dra. Thelma Tave de Oliveira
MÉDICA
CRM 9058 - RN

Data:

26.06.17

Médico:

- Voltando à consulta, favor trazer esta receita -



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMARIZAL/RN
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de Origem: UBS R. Alevon Prontuário: _____ FSF: Sim ☐ Não ☐
Paciente: Victor B. de Oliveira Unidade: _____ Família: _____
Endereço: St. A. Brancieri Município: Umarizal
Data de Nascimento: ____/____/20____ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS
Resumo Clínico: Acumpeamento fratur
Resultado dos Exames: exposto fratura D
Tratamento já Realizado: _____
Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____
Procedimento(s) Solicitado(s): Dr. Francisco J. de N. Nunes
Radio - Clavícula 1990
Medicamento 100/23 590-15
1680 CRM 05/10/19 Data

AGENDAMENTO
Encaminhamento para a especialidade: ortopedi
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
para o Dr.: _____ às _____ horas do dia ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE UMARIZAL/RN
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade Referência: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA
Resumo Clínico: _____
Resultado dos Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta: _____
Observações: _____
_____/_____/_____
Médico CRM Data

Garantida continuidade assistência cadastrada ao paciente sob o nº

Unidade	Prontuário	FAM
☐	☐	☐

Oriente-se para retomar a Unidade de Origem _____ Município: _____



P/ ATESTADO.

ATESTADO, QUE: JOÃO VITOR
BAPTISTA OLIVEIRA,
ENCONTRA-SE IMPOSSIBIL-
ITADO DE EXERCER SUAS
ATIVIDADES P/ GO(S)SUA
TA) DIAS CID: 5822.

01.05.19.

Dr. Bernardo Amorim
CRM. 3890
CPF: 556.237.124-01

Rua José Soares, S/N. Sebastião Maltez - Caraúbas/RN
CEP: 59.780-000 - CENTRO CLINICO DO OESTE - CLIO
☎ 8499918-7776 📍 centroclinicodoeste 📱 novaclio
CNPJ: 10.949.281/0001-87



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - 55001-900
Hospital Dr. Cleodion Carlos de Andrade
405 - RUA D. BARRO AZEVEDO, 1971 - TELERAX (04) 3351 - 9500 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospitalcdca@rn.gov.br

Nome:

Receituário

João Victor Batista da Silva

Flacundo de Oliveira & Oly
sa Telle

Dr.

Data:



Secretaria de Saúde Pública do RIO GRANDE DO NORTE
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

405 - KM 03, BAIRRO ARIZONA - 59171 - TELEFAX (84) 3351 - 9840 - PAUDOS FERROS - RN

CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospitalcledon@rn.gov.br

JO-A

Nome:

JOÃO VILH

Receituário

250100

es. Leoa agudo

Fe - febre para o

1r



9031N

Data: .



POLÍCIA CIVIL
Delegacia Eletrônica

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Endereço: DELEGACIA MUNICIPAL DE UMARIZAL

Endereço: Rua Raul Alencar, 473, Centro, UMARIZAL

IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201912700095

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 30/04/2019 10:10:13

1.4 Ligou CIOSP: Não

DADOS DO LOCAL DO FATO

1.1 Data/Hora do Fato: 04/03/2019 10:30:00

1.2 Fato: Consumado

1.3 Meio(s) empregado(s): Veículo

1.4 Tipo do local: Via Pública

1.5 Número: S/N

1.6 Complemento:

1.7 Bairro: CENTRO

1.8 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN117, MAS CONHECIDA COMO AVENIDA DA INTEGRA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: UMARIZAL

DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

1.1 Nome Completo: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

1.2 Nome Social:

1.3 Etnia: Parda

1.4 Sexo: MASCULINO

1.5 CPF: 70967247454

1.6 Nacionalidade:

1.7 Profissão: AGRICULTOR

1.8 Telefone(s): 84 996892285

1.9 Número: 266

1.10 Bairro: SANTA LUZIA

1.11 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

1.12 Cidade: UMARIZAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MANOEL LAILTON ALVES BATISTA

3.6 Mãe: LUZIA ERNESTINA DE OLIVEIRA NETA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 27/09/1999

3.14 RG: 003495901 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: UMARIZAL RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA VEREADOR JOSÉ MARTINS

3.24 CEP:

DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

1.1 Nome Completo: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

1.2 Nome Social:

1.3 Etnia: Parda

1.4 Mãe: IZONETE MEDEIROS DA SILVA

1.5 Sexo: MASCULINO

1.6 CPF: 09329952456

1.7 Nacionalidade:

1.8 Passaporte:

1.9 Logradouro: RUA VEREADOR JOSÉ MARTINS

1.10 Número: S/N

1.11 Bairro: SANTA LUZIA

1.12 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

1.1 Segurado: Não

1.2 Chassi: *****14819

1.3 Placa: MOQ3753

1.4 Marca: HONDA

1.5 Ano do Modelo: 2010

1.6 Cor do veículo: VERMELHA

1.7 Nota Fiscal:

1.8 Nome do proprietário: ANTONIO MARQUES DE OLIVEIRA

1.9 Nome do condutor: JOÃO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

1.10 Observações:

6.1.3 Estado civil: Casado(a)

6.1.5 Identidade de Gênero:

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.9 Pai: Parda

6.1.11 Data de Nascimento: 04/01/1990

6.1.13 RG: 002798958

6.1.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: UMARIZAL

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: POP100

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



DADOS DA OCORRÊNCIA

DOS FATOS

Histórico

DECLARANTE COMPARÉCEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL AFIRMANDO QUE NO DIA 04/03/2019, ESTAVA indo PARA A CIDADE DE RIACHO DA LUZ/RN, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, UMA HONDA/POP, DE PLACA MOQ3753/PB, DE COR VERMELHA, VEÍCULO JÁ DESCRITO À CIMA; O DECLARANTE FORMA QUE ESTAVA indo PARA A CIDADE DE RIACHO DA LUZ, PELA RN117, MAS CONHECIDA POR AVENIDA DA INTEGRAÇÃO E QUE AS 10:30 HORAS TAVA PASSANDO DE FRENTE À CONAB E QUE UM VEÍCULO COROLA FREOU DE REPENTE PARA PASSAR EM UM QUEBRA MOLA E O COMUNICANTE NÃO INSEGUIU FREAM, VINDO A COLIDIR NO COROLA E FRATURAR A PERNA DIREITA; O COMUNICANTE INFORMA AINDA QUE O MOTORISTA DO COROLA UDOU A LHE SOCORRER ATÉ A CHEGADA DA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE UMARIZAL E SOCORRÊ LO PARA O POSTO DA REFERIDA CIDADE. NADA MAIS SSE. O DECLARANTE ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL POR SUAS DECLARAÇÕES.

Informações do CIOSP

Outras Providências

GISTRO DE OCORRÊNCIA, EXPEDIÇÃO DE BO PARA O COMUNICANTE DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT E ENVIO DE CÓPIA AO CARTÓRIO DESTA LEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA ARQUIVAMNETO

COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 06/08/2019

Usuário: 1758853 - ANTONIO EVANGELISTA GOMES

Complemento: João Vitor Batista de Oliveira compareceu hoje, 06/08/2019, nesta delegacia de policia civil afim de corrigir a data do fato, do acidente que foi colocado de na errada no boletim de ocorrência: que o correto é dia 05/03/2019 e não 04/03/2019 como estava no BO.

Declaro, sob as penas da Lei, confirmar que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 30/08/2019 10:10:13

Antonio Evangelista
Policial

Albaniza de Freitas Castro Costa
Interessado



Polgar direito

Mandamento: 1758853 - ANTONIO EVANGELISTA GOMES
Protocolo: 1758853 - ANTONIO EVANGELISTA GOMES em 08/08/2019 09:56:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA



ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS
COMARCA DE UMARIZAL - UMARIZAL - RN
Albaniza de Freitas Castro Costa - Titular
Christianny Louyse de Freitas Costa - Substituta

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente copia confere
com o original; dou fé.

UMARIZAL - RN 07/08/2019

Albaniza de Freitas Castro Costa

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

709.672.474-54

João Vitor Batista de Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

João Vitor Batista de Oliveira

709.672.474-54

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Agricultor

Rua Vereador José Martins

266

Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centro

Umarizal

RN

59865-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

(84) 9.9689-2285

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
☒ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

AGÊNCIA: 0879 6 CONTA: 28.320 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Umarizal RN, 18 de março de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200176784

Vítima: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010028120-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

