



Número: **0800223-33.2020.8.20.5159**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Umarizal**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA (AUTOR)		KALIANNE PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63484803	04/12/2020 09:40	2771297_CONTESTACAO_Anexo_04	Documento de Comprovação

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

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

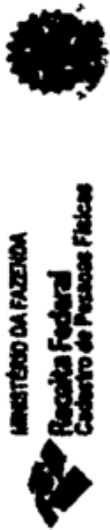
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

Paulo Victor Soares Sant'Ana





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
709.672.474-64

Nome
JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA

Nascimento
27/09/1999

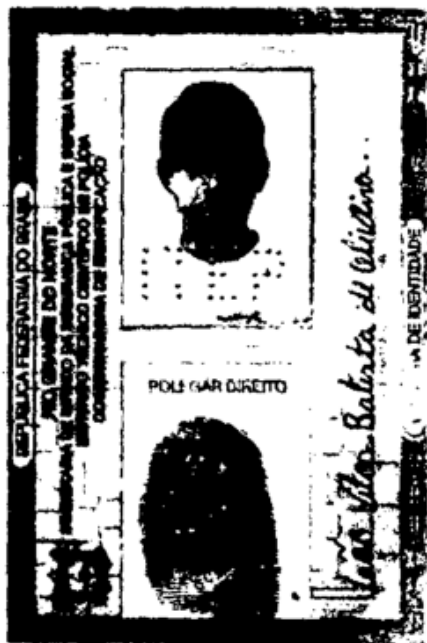
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
D546.A467.0870.EBC2

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 07:26:56 do dia 18/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





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 Vitor Batista de Oliveira IDADE: 19 anos
ENDEREÇO: Rua Veredas José Martins
DATA: 05/03/19 HORA: 11:17 h.
PA: 20x20 mmHg
HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico (queda de moto), com
lesões de gravidade em pernas (B), com dor intensa. Foi imobilizado
e encaminhado para o H.R.D.C.C.A.
I.D.: Fratura?
PRESCRIÇÃO: ① Cesárea 1g + ABD. EV
② Triamterol 1mg + 100mg SFO 197
③ SFO 197 500 mg EV rápido.

Dr. Francisco Tadeu Nunes
Endereço: Gama 1668
CPF: 107.723.634-16



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Teléfix (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



LAUDO 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

6 - Documento

003.495.901

6 - Nº do prontuário

94790

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

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, Nº, Bairro)

ST AGUA BRANCA

13 - Município de Residência

UMARIZAL

14 - Código IBGE Município

0

15 - UF

RN

16 - CEP

59865000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

Paciente vítima de acidente de moto e trauma
com MIO.
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)

Ruox

20 - Diagnóstico Inicial

Fratura exposta fêmur (D)

21 - CID 10 Principal

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associada

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

Procedimento Solicitado

25 - Código do Procedimento

26 - Clínica

27 - Caráter Internação

05

28 - Documento

CNS

29 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

0.3.0.7.8.4.3.0.4.8.1

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

JOSE CASSIMIRO NETO

31 - Data Solicitação

05/03/2019

32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

Dr. Jose Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0031 TEOT 1625

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 -

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

41 -

42 - Vinculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor

M 240940704

45 - Documento

CNS

46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

47 - Data Solicitação

48 - Assinatura e Carimbo (Nº 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

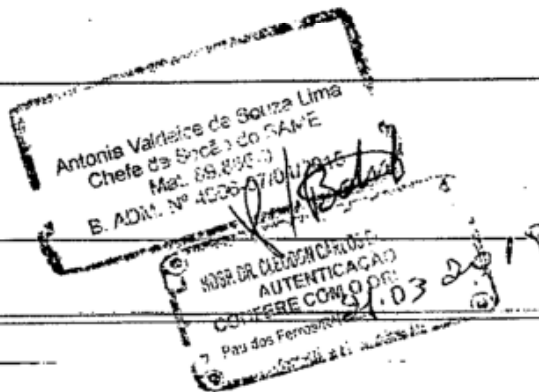
PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: JOAO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA				PRONT: 94790	
Nas: 27/09/1999	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	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		
Cidade: UMARIZAL		UF: RN		Responsável: 701 8082 0501 0175	
Endereço do Responsável: 3-9921-3056					
Serviço: E - Outras			Enfermaria: 10		Leito: 14
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
trauma com MID.

Complicações:



Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora:

18:51

JOSE CASSIMIRO NETO

Médico: CRM 9631

CPF



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente: João Vitor Batista Reg: _____
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de perna com fratura (D)
Tipo de Operação: Limpagem cirúrgica + Fixação externa
Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo
Relatório Imediato da Patologia: _____
Acidente durante a operação: _____
Exame radiológico no ato: _____

INTERVENÇÃO

Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Cirurgião: Dr. José Camargo / Dr. Jefferson

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Tullio Gomes

Assinatura Valdeice de Souza
Chefe do Serviço de Saúde
Mat. 89.860
D. 0003-07-1

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICADO
CONFERIR COM O ORIGINAL
Pau dos Ferros/RN 21/03/2019

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Anestesia e Antissepsia
- 3) Colocação de campos cirúrgicos
- 4) Limpeza cirúrgica de fratura aberta com fratura (D) e SF 2,5/1 + 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 582.2, devendo permanecer afastado(a) de
suas atividades habituais pelo período de 30 dia(s).

Dr. Anderson G. Souza
Osteomédico
CRM 10.123

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 - IM 03, BARRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3351-9640 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.734/0107-01 - e-mail: hnsapdrclcedon@rn.gov.br

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Paciente: João Vitor B. de Azevedo

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

1) Clozapina 500mg — 28p.

Tomar os comprimidos 6/6h.

2) Dipirona 500mg — opc.

Tomar os comprimidos 6/6h. Se dor.

Dr. Mayara G. Sousa
Oncologista

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENT.: _____

ORG. EMISSOR: _____

END.: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: 1/1

Assinatura do Farmacêutico





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

405 - KM 03, BAIRRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3331 - 9240 - PAU DOS FERROS - RN

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

Nome:

João Vitor Batista

Receituário

CL 10A
Cirurgia

ECG de ritmo irregular

05/02/19

José Cassiano Neto
Médico de Traumatologia
CRM 237120 - REC 16183

Data: 08-03-19





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 dentes
fios que são entre B. de
qualquer excama e irregularidade
de xerise nas dentaduras.

CID: 587.2

Dra. Thimotea Tayce de Oliveira
MÉDICA
CRM 9058 - RN

Data:

26.06.19

Médico:

- Voltando à consulta, favor trazer esta receita -

BM GRÁFICA (M) 88534-606





PREFEITURA MUNICIPAL DE UMARIZAL/RN
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de Origem: <u>UBS R. Alevan</u>	Prontuário: _____	FSF: Sim ☐ Não ☐
Paciente: <u>Victor B. de Oliveira</u>	Unidade: _____	Família: _____
Endereço: <u>St. A. Brejeiro</u>	Município: <u>Umarizal</u>	
Data de Nascimento: ____/____/20____	Sexo: M ☐ F ☐	Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____		
DADOS CLÍNICOS		
Resumo Clínico: <u>Acompanhamento fratura</u>		
Resultado dos Exames: <u>espóste para D</u>		
Tratamento já Realizado: _____		
Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____		
Procedimento(s) Solicitado(s): <u>Dr. Francisco Tadeu Nunes</u>		
<u>Clínico - CRM 1580</u>		
<u>Medicina 107/22.530-15</u>		
<u>1680</u> <u>05/06/19</u>		
CRM Data		
AGENDAMENTO		
Encaminhamento para a especialidade: <u>ortopedi</u>		
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	_____ 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 VTE
TOIZ BATTISTA OLIVEIRA,
ENCONTRA-SE IMPROBABI-
LIDADE DE EXERCER SUAS
ATIVIDADES P/ GO(S) (SUS-
TA) DIAS CID: 5022.

01.05.19.

Dr. Bernardo Amorim
CRM: 3800
CPF: 556.237.724-01

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







Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SECOR
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade
405 - KM 03, BAIRRO ARZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3351 - 9840 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospitalcdon@rn.gov.br

Nome: _____

Receituário

João Victor Batista de Alencar

Fluconazol de 150mg e 200mg
a faltar

[Signature]

Data: _____



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

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

CNPJ: 08.341.754/0107-01 - e-mail: hospitalcleodon@rn.gov.br

JO-A

Nome:

Receituário

250100

es los agudo

Fe - fuma para o

11

80031N

Data: .

A
C
C
H





POLÍCIA CIVIL
Delegacia Eletrônica

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Delegacia Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE UMARIZAL
Endereço: Rua Raul Alencar, 473, Centro, UMARIZAL

IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019127000095
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: Consumido
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 INTEGRAL
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

6.1.3 Estado civil: Casado(a)
6.1.5 Identidade de Gênero:
6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.8 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

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

1.1 Segurado: Não
1.3 Chassi: *****14819
1.5 Placa: MOQ3753
1.7 Marca: HONDA
1.9 Ano do Modelo: 2010
1.11 Cor do veículo: VERMELHA
1.13 Nota Fiscal:
1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MARQUES DE OLIVEIRA
1.17 Nome do condutor: JOÃO VITOR BATISTA DE OLIVEIRA
1.18 Observações:

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 COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL AFIRMANDO QUE NO DIA 04/03/2019, ESTAVA IDO PARA A CIDADE DE RIACHO DA LUZ/RN, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, UMA HONDA/POP, DE PLACA MOQ3753/PB, DE COR VERMELHA, VEÍCULO JÁ DESCRITO A CIMA; O DECLARANTE FORMA QUE ESTAVA IDO 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 FREIOU DE REPENTE PARA PASSAR EM UM QUEBRA MOLA E O COMUNICANTE NÃO INSEGUIU FREAR, VINDO A COLIDIR NO COROLA E FRATURAR A PERNÁ 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. SE, 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 DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA ARQUIVAMENTO

COMPLEMENTOS

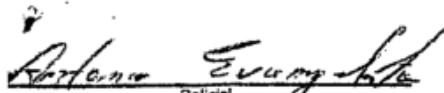
Data do Complemento: 06/08/2019

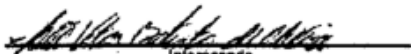
Usuário: 1758853 - ANTONIO EVANGELISTA GOMES

Complemento: João Vitor Batista de Oliveira compareceu hoje, 06/08/2019, nesta delegacia de polícia civil afirmar corrigir a data do fato, do acidente que foi colocado de na entrada 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, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 30/04/2019 10:10:13


Policial


Interessado



Polgar direito

Monitoramento: 1758853 - ANTONIO EVANGELISTA GOMES

Monitoramento: 1758853 - ANTONIO EVANGELISTA GOMES em 06/08/2019 09:56:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS

COMARCA DE UMARIZAL - UMARIZAL - RN

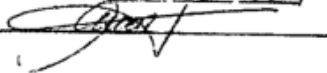
Albaniza de Freitas Castro Costa - Titular

Christianny Louyse de Freitas Costa - Substituta

AUTENTICAÇÃO

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

UMARIZAL - RN 07/08/2019







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: 709.672.474-54 4 - Nome completo da vítima: 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: João Vitor Batista de Oliveira 6 - CPF: 709.672.474-54
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Vereador José Martins 9 - Número: 266 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Umarizal 13 - Estado: RN 14 - CEP: 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0879 6 CONTA: 28.120 4

AGÊNCIA: CONTA:

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 nascer? ☐ 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 rgo)

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

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

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)

FPs.001 V002/2019







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

Rio de Janeiro, 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

