



Número: **0800029-43.2021.8.20.5112**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Apodi**

Última distribuição : **06/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.293,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO IDELBERTO LEITE (AUTOR)		BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65517389	18/02/2021 10:35	2784623_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100683 **Cidade:** Itaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 OMBRO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080162/20

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF: 876.247.454-53

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/11/2019

Titular do CPF: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA : 098.307.284-12

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

FRANCISCO IDELBERTO LEITE : 876.247.454-53

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: 04/03/2020
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA





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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

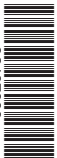
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15579707

Pag. 01511/01512 - carta_01 - INVALIDEZ

00020756





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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200100683 Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00171/00172 - carta_03 - INVALIDEZ

00060086



Carta nº 15579708





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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00089/00090 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

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\$ 3.206,25

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 001

Agência: 000001109-6

Conta: 0000048780-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.





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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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: ☒ RECURSO 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: Conta:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da 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: 24 - Dado do acidente da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provierem 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 298 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso): 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedicante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019



Pede Mais Voto

Van Lelito

ALVARO DE MORAES MELO

CPF: 02.144.174-000 Pagar 128,77

20.10.2019 14:24:41

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
BANCO DO BRASIL 24.04.2020
687521701 CORRESPONDENTE BANCARIA 0270
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM 03/04/2020

VALOR: R\$ 1.000,00
C/C Nº: 00000000000000000000

DATA	24/04/2020
R. CORRENTE	R\$ 1.000,00
DEPOSITO	1.000,00
VALOR TOTAL	1.000,00

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LÍVIA KARINA FREITAS DA SILVA



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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLIPANCA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3483 CONTA: 20064 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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(v)es? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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, ITAÚ - RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19063221B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobol /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSATO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 18/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, alterada pelo Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-IG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338F9EA78A74CFDA8197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

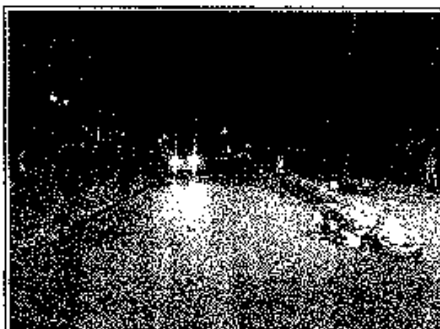
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/11/2019 Hora: 17:20 Município: ITAU/RN
BR: 405 KM: 108,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: M. ESCOSSIO, 1636521

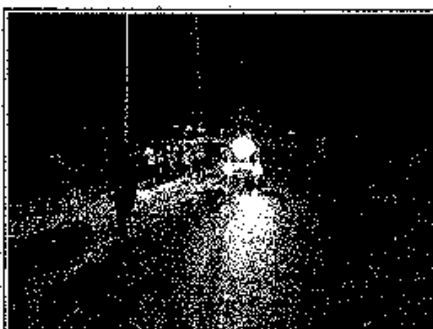
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Anoltecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 0.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de setembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/haveboas/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBEA7BA74CFDAB197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

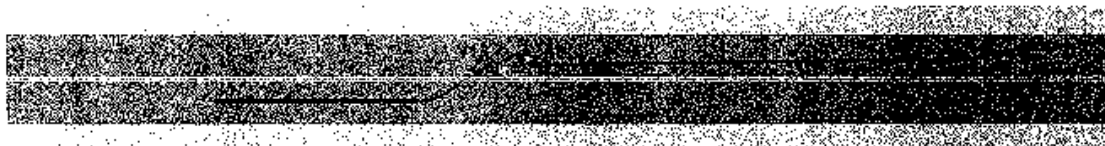


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Mostrar



Pau dos Ferros

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Veículo	Veículo	Tramagem (m)	Derrapagem (m)	Atrastamento (m)
---------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Apoio	Colaborador	Compartmento
---------------	-------------	--------------

V1 - VEÍCULO 1 - MZL7882 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: MZL7882 Marca/modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES Renavam: 00139592237
Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KC16209R001532 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Saindo da via
Informações complementares: realizando conversão à esquerda sem aguardar no acostamento.



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSIO, matrícula 1636821, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 611-IG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA78A74CFDA8197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Placa: MZL7882

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Nº	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Montar: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

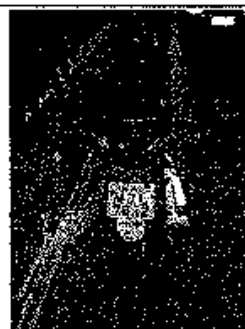


IMAGEM DA TRASEIRA

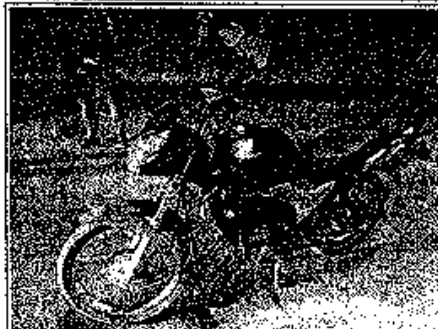


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme: Diário Oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa RFB Nº 1.130/G, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.spf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA76A74CFDA3197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V1 - Proprietário

Nome: ALBENIZA PEREIRA DO CARMO

Email:

Endereço: APODI-RN

CPF/CNPJ: 064.178.284-50

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO IDELBERTO LEITE

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF: 876.247.454-53

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 28/10/1968

Estado civil: Não Informado

Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do eletroímã: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SANTA MARIA, ZONA RURAL, TABOLEIRO GRANDE-RN

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGO7787 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGO7787 Marca/modelo: HONDA/NXR 160 BROS

Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KD1000JR010200

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01166599628

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSU, matrícula 1636521, Policial Rodoviário Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle 0CF338E8A78A74CFDAB197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/NXR 160 BROS

Placa: QGO7787

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Item	Descrição do dano	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.530, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobas/autenticar>, informando o Protocolo: 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA78A74CFDA8197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Proprietário

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

Email:

Endereço: SEVERIANO MELO-RN

CPF/CNPJ: 702.391.344-00

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

V2C - Informações

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 702.391.344-00

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 14/11/1964

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: IMPOEIRA, ZONA RURAL, SEVERIANO MELO-RN

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCUSAO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/01/2019, conforme horário de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/nutobv/autenticar>. Informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA78A74CFDA8197A221706.

191





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19063221B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobol /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSATO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 18/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-IG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338F9EA78A74CFDA8197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

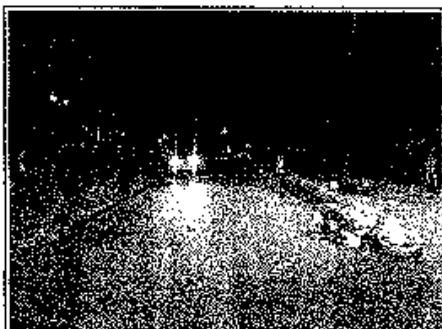
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/11/2019 Hora: 17:20 Município: ITAU/RN
BR: 405 KM: 108,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: M. ESCOSSIO, 1636521

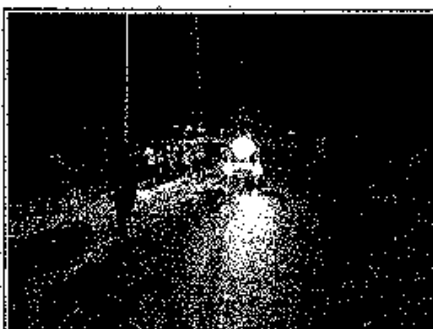
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Anoltecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 0.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de setembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/havebof/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBEA7BA74CFDAB197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

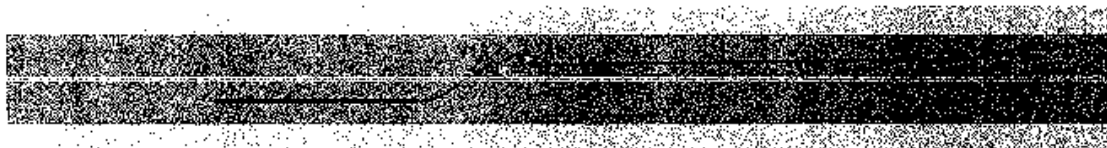


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Mostrar



Pau dos Ferros

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Veículo	Veículo	Tramagem (m)	Derrapagem (m)	Atrastamento (m)
---------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Apoio	Colaborador	Compartmento
---------------	-------------	--------------

V1 - VEÍCULO 1 - MZL7882 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: MZL7882 Marca/modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES Renavam: 00139592237
Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KC16209R001532 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Saindo da via
Informações complementares: realizando conversão à esquerda sem aguardar no acostamento.



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSIO, matrícula 1636821, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 674-IG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA78A74CFDA8197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Placa: MZL7882

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Nº	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Montar: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

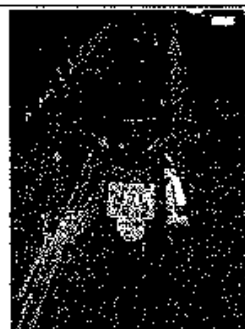


IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme: Diário Oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa RFB Nº 1.130, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.spf.gov.br/novo/boat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA76A74CFDA3197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V1 - Proprietário

Nome: ALBENIZA PEREIRA DO CARMO

Email:

Endereço: APODI-RN

CPF/CNPJ: 064.178.284-50

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO IDELBERTO LEITE

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF: 876.247.454-53

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 28/10/1968

Estado civil: Não Informado

Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do eletroímã: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SANTA MARIA, ZONA RURAL, TABOLEIRO GRANDE-RN

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGO7787 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGO7787 Marca/modelo: HONDA/NXR 160 BROS

Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KD1000JR010200

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01166599628

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSU, matrícula 1636521, Policial Rodoviário Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle 0CF338E8A78A74CFDAB197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/NXR 160 BROS

Placa: QGO7787

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Item	Descrição do dano	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.530, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobas/autenticar>, informando o Protocolo: 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA78A74CFDA8197A221706.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Proprietário

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

Email:

Endereço: SEVERIANO MELO-RN

CPF/CNPJ: 702.391.344-00

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

V2C - Informações

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 702.391.344-00

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 14/11/1964

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: IMPOEIRA, ZONA RURAL, SEVERIANO MELO-RN

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCUSÃO, matrícula 1636521, Policial Rodoviário Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/nutobv/autenticar>. Informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA78A74CFDA8197A221706.

191



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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLIUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3483 CONTA: 20064 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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(v)es? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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, ITAÚ - RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/11/2019 Hora: 17:20 Município: ITAU/RN
BR: 405 KM: 108,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: M. ESCOSSIO, 1636521

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Anoitecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 11-OG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobi2/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA78A74CFDA6197A321766.

191



COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA VERMELHO DO BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59033-150
CNPJ 08.324.196/0001-53
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055135-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei nº 438, de 25/04/02
Ligação Gratuita
TELEATENDIMENTO COSERN: 119
Atendimento ao cliente durante o dia: 0800 281 0142
Fora de hora: 0800 054 0404
Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte
ARSEN 0800 707 0161 - Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ELANO GUILHERME GOIS E SILVA	DATA DE VENCIMENTO 03/02/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/01/2020	CONTA CONTRATO 7010502181
ENDEREÇO RUA JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA 195 CS - LIBERDADE - CENTRO/AREA URBANA - 59795-000 FELIPE GUERRA RN -	TOTAL A PAGAR R\$ 182,84	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/01/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 036285188			

PERÍODO CONSUMO 18/12/2019 a 17/01/2020	CONSUMO 249
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 30,12

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui				
CONTA CONTRATO 7010502181	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 182,84	VENCIMENTO 03/02/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000016 828400384079 010502181203 013299776036



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredereidiv.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 81.85 / Outras regiões: 0800 022 22.06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81.85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12.05 | Central Gratuita: 0800 021 91.85

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=28636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 6.132/06.

Pelo exposto, eu HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 098.307.284, 18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO IDELBERTO LEITE, inscrito (a) no CPF sob o nº 876.247.454, 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima FRANCISCO IDELBERTO LEITE

inscrito (a) no CPF sob o nº 876.247.454, 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECURSU Renda: RECURSU e apresento as documentações comprobatórias:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 FIRMINO DE OLIVEIRA</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CIDADE ALTA</u>	Cidade: <u>FEIPE GUERRA</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59995-000</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99998-5065</u>

Local e Data: FEIPE GUERRA - RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assinatura do Declarante

DL0AL001 V001/2017





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizond, Pau das Ferros RN, Telefax (84) 3353 - 9640

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

PRONT: 98012

Nas 28/10/1968

1-Masculino

Viúvo

PESCADOR

Cert.nasc. ☐

Título ☐

CPF ☐

RG ☒

Nº

001.138.227

Pai: MANOEL ALVES LEITE

Mãe: TEREZA MARIA LEITE

Endereço: MARIA PINHEIRO DE FREITAS

746 CENTRO

Cidade: ITAU

UF: RN

Responsável:

CNS- 700 5054 5411 1260

Endereço do Responsável FONE - 84 99857 8018

Serviço: 1 -C. Cirúrgica

Enfermaria

14

Leito:

A

Admissão: 16/11/2019

Data da Alta:

28.11.19

Dias de Permanência:

12

Diag Inicial:

Diag Principal:

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

Complicações:

LIVIA DE SOUZA SOUZA
Chefe de Seção do SEME - HIRCCA
RUA 55, 105-0
Ata Atm 4322 - 08/04/2019

HOSP. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

ATENDIMENTO

CONSTATADO

09.12.19

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora:

19:47

DANILO L. DE PAIVA

Médico: CRM 6906

CPF



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

2 - CNES

4 - CNES

2 4 0 9 2 7 5

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente

FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ N°

6 - Documento

001.438.227

8 - N° do prontuário

98012

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

Raça/cor

8 - Data de Nascimento

28/10/1968

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

TEREZA MARIA LEITE.

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

MARIA PINHEIRO DE FREITAS

746

CENTRO

13 - Município de Residência

ITAU

14 - Código IBGE Município

15 - UF

RN

16 - CEP

59855000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM
FX DIAPHRAGMA DO FÊMUR (E) E FX DA CABEÇA
DO VENTRO (E)

18 - Condições que Justificam a Internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO

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

HISTÓRIA CLÍNICA + RX

20 - Diagnóstico Inicial

FX DIAPHRAGMA DO FÊMUR

21 - CID 10 Principal

S72.7

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associadas

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

OSTEOSÍNTese DO FÊMUR

25 - Código do Procedimento

0 4 0 8 0 5 0 5 1 9

26 - Clínica

27 - Caracterização

28 - Documento

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

1 - C. Cirúrgica

05

CNS ☐ CPF ☒

0 1 3 5 9 3 2 0 4 5 2

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

DANILO L. DE PAIVA

31 - Data Solicitação

16/11/2019

32 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho

Dr. Danilo L. de Paiva
Osteodesta e Traumatólogo

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

36 - CNPJ da Seguradora

37 - N° do Bilhete

38 - Série

34 - () Acidente Trabalho Típico

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

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)

16/11/2019



leito 4-D

Prescrição Médica e Enfermagem

Fluoridation

Enrollment and Enterprise

Número do documento: 21021810351593800000062736465



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:

14

LEITO:

A

NOME: Francisco Idelberto Leite IDADE: 51

REGISTRO: _____

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
16/11	# DOI
	PCTE com fr. DIAPHRAGMA DA PÉLVIS (E), SUSPENSÃO A TRAVEZ DO GONDALETA TRANSITÓRIA NO MIF.
	CADUTA - INTERMIO
	MANUTENÇÃO SUSPENSÃO
	09-12-19
17/11	# fr. PÉLVIS (E) + fr. PROXIMA (D)
	PCTE EVOLUÇÃO ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM EPOCAS DE DESORIENTAÇÃO.
	CADUTA: - SOLICITO AVALIAÇÃO PELA CLÍNICA MÉDICA DEVIDO DESORIENTAÇÕES
18/11/19	paciente desorientado, obnubilado disfarçado. a Tração transgular com o grande T e de crânio Atenção da neuro
	em Tração:
	coordenado com Dr. Paulo Nascimento
	então da imagem que mantém o T e com

Dr. Karlo Fernandes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 8964

Dr. Karlo Fernandes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 8964
Tel. 15837



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 18/02/2021 10:35:16

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021810351593800000062736465>

Número do documento: 21021810351593800000062736465

Num. 65517389 - Pág. 34

Paciente sob o cefal.
Apelido e nome-pseudônimo.
Través em MSE adequado.
Regra aplicável e ainda por
parar

Col: - Salvo a avaliação
em a conduta de
carga geral
- Ver Processo

22/11

22/11/2021

Dr. Emanuel F. Paula
Ocupação: Médico de Família e Comunidade
CRM: 150.000.000-0

22/11/21 - Alteração de 16.000 de 16.000 para 16.000
depois para Copime.

23/11/21 - 16.000.

24/11/21 - 16.000. 16.000.

25/11/21 - 16.000. 16.000.
16.000. 16.000.
16.000. 16.000.





HOSPITAL MATERNIDADE ALMEIDA CASTRO

GUIA DE INTERNAMENTO - Nº 13614

Identificação do Paciente					
Paciente	FRANCISCO IDELBERTO LEITE		Prontuário	201911280038	
Nome do Pai	MANOEL ALVES LEITE		CNPJ	87624743453	
Nome da Mãe	TEREZA MARIA LEITE		CNS	709505454111260	
Id. Nascimento	28/10/1962 51 ANOS E 1 MESES E 9 DIAS	RG	001439227	Orgão/UF	SSP/RN
Escolaridade	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Sexo	MASCULINO	
Endereço	RUA MARIA PRIMEIRO DE FREITAS, 746 - BAIRRO: FELICIDADE CEP: 59035000				
Cidade/UF	ITAÚRN	Telefones	(84) 92000-8675/(84) 99657-9018		
Naturalidade	TABOLEIRO GRANDE - RN	Procedência	HOSPITAL DE PAU DOS FERROS		
Profissão	PESCADOR	Estado Civil	SOLTEIRO(A)		
Convênio	PARTICULAR	Médico(a)			
Internamento em	29/11/2019	Hora	18:11		

Núcleo Hospital de Vigilância Epidemiológica - NHVE

Assinatura do(a) Paciente/Responsável: *Francisco Idelberto Leite*

Assinatura do(a) Recepcionista:



CASTRO **BOLETIM DE SALA**
 PACIENTE: **DR. T. DE BARROS, RITE** DATA: **29/11/2021**
 CIRURGIA REALIZADA: **PROT. T. DE BARROS, RITE**
 CIRURGIÃO: **DR. T. DE BARROS, RITE** CRM: _____
 1º AUXILIAR: **DR. T. DE BARROS, RITE** CRM: _____ 2º AUXILIAR: _____ CRM: _____
 ANESTESIOLOGISTA: **DR. T. DE BARROS, RITE** CRM: _____
 INSTRUMENTADORA: **DR. T. DE BARROS, RITE** COREN: _____ CIRCULANTE: _____ COREN: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

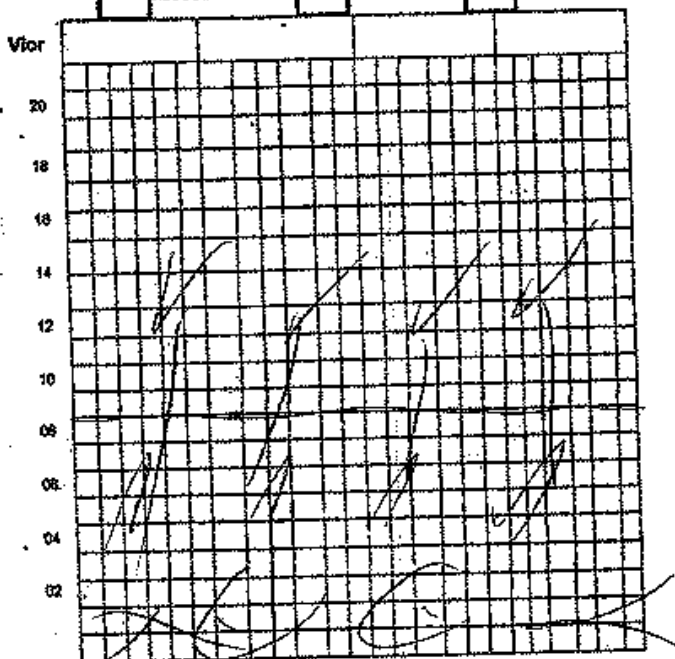
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

INÍCIO:	FINAL:			
VIA ACESSO	TÉCNICA	ASPECTOS DAS ESTRUTURAS ANATÔMICAS	DRENAGEM	ORTURA
FEMUR (A)				
1- Incisão vertical + 90° + 10° para MIE + 1 cm de extensão				
2- Abertura da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
3- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
4- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
5- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
UM + R (D) - cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura				
1- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
2- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
3- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				
4- Incisão da cápsula + 10° de abertura + 10° de abertura + 10° de abertura				

Dr. Allan Assunção
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho / Artroscopia
 CRM 15484 - RQE 8900 RQE 2374

ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO

PRESSÃO ARTERIAL: **120/80** x **60** PULSO: **60** RESP: **12/18**
 TEMPERATURA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ OUTROS: _____
 TIPO SANGÜÍNEO: _____ ALERGIA: _____ TÉCNICA: **MANEJO**
 ANESTESIA TIPO: **GERAL**
 HÁBITO: ☐ ALCOOL ☐ TABAGISMO ☐ DROGAS



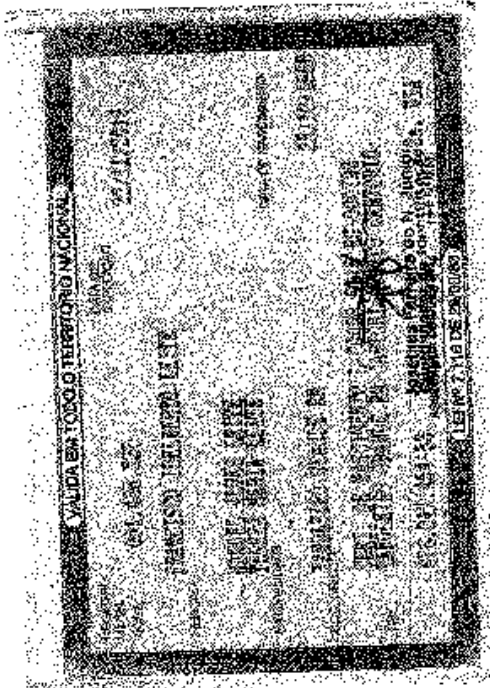
DROGAS USADAS	UND	QUANT
01- Propofol	100ml	100ml
02- Fentanyl	100mcg	100mcg
03- Fentanyl	100mcg	100mcg
04- Fentanyl	100mcg	100mcg
05- Fentanyl	100mcg	100mcg
06- Fentanyl	100mcg	100mcg
07- Fentanyl	100mcg	100mcg
08- Fentanyl	100mcg	100mcg
09- Fentanyl	100mcg	100mcg
10- Fentanyl	100mcg	100mcg
11- Fentanyl	100mcg	100mcg
12- Fentanyl	100mcg	100mcg

HISTÓRICO FAMILIAR DE ANTECEDENTES ANESTÉSICOS?

INTERCORRÊNCIA: _____
 DADOS DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: _____
 INÍCIO DA ANESTESIA: **08:00** FINAL: _____ ASSINATURA: **Dr. T. de Barros, Rite** CRM: **15484** BOLETIM DE SALAS



Vitima



Num. 65517389 - Pág. 39

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **014526961643**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RENAVAM: **00139592237** BILHETE: **2019**

NOME: **ALBENIZA PEREIRA DO CARMO**

PLACA: **066-178-284-50** RUA: **HEL7882**

PLACAANT. LP: **HEL7882** / RN CLASS: **9C2KC16209R001532**

ESPÉCIE / TIPO: **PASSEIRO/MOTOCICLETA/MAR. APPLICABLE** COMBUSTÍVEL: **ALCOOL**

MARCA / MODELO: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES** ANO FAB: **2009** ANO MOD: **2009**

CAP. POT. CV: **149 CILINDRADAS** CATEGORIA: **PARTICULAR** VCM PRESOMINANTE: **PARTELA**

COTA UNICA: **R\$ 0,00** VENC. COTA UNICA: **12/03/2019** 1º PAGO: **PAGO**

2º PAGO: **PAGO**

3º PAGO: **PAGO**

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***** DPVAT: **PAGO**

DISPONIBILIDADES: **MOTOR: KC15E29001532**

APQUT/RN: **03/05/2019**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014526961643 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2019** DATA EMISSÃO: **07/05/2019**

RENAVAM: **00139592237** PLACA: **HEL7882**

MARCA / MODELO: **HONDA/CG150 TITAN MIX ES**

ANO FAB: **2009** ANO MOD: **2009**

CAP. POT. CV: **149 CILINDRADAS** CATEGORIA: **PARTICULAR** VCM PRESOMINANTE: **PARTELA**

COTA UNICA: **R\$ 0,00** VENC. COTA UNICA: **12/03/2019** 1º PAGO: **PAGO**

2º PAGO: **PAGO**

3º PAGO: **PAGO**

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***** DPVAT: **PAGO**

DISPONIBILIDADES: **MOTOR: KC15E29001532**

APQUT/RN: **03/05/2019**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.243.809/0001-04



Eu, Francisco Idelfonso Leite, cadastrado no RG de nº 001-438-227 e no CPF de nº 876.247.454-53 e no ministério 3200100683, venho através desta carta relatar a respeito do acidente ocorrido com a minha pessoa. Em deslocamento ao posto da PPR, RU, o policial de Plantão disse que o boletim está muito claro, que foi uma colisão frontal, entre dois veículos, no caso duas motocicletas, de modelos diferentes, que está visivelmente claro nas fotos e que na primeira página tem o croqui da cena do acidente, e o Policial relata que não pode mais mexer no boletim, então peço incarecidamente que observem com atenção o meu processo e deem seguimento ao mesmo.

ATT. Francisco Idelfonso Leite



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100683 **Cidade:** Itaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.5)

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

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
ESQUERDO.

**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



OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: RECUSOU, Data do Acidente 16.12.2019
Cobertura INIVANDEZ portadora do RG 003.438.227, órgão expedidor
SSP-RN e do CPF: 846.247.454-53 residente no(a)
RUA MARIA PINHEIRO DE FREITAS nº 746
bairro: FELICIDADE município: ITAÚ, RN.

OUTORGADO:

Nome: HERNANO GUILHERME GOIA E SILVA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: RECUSOU, portador(a) do RG
002.393.092, órgão expedidor SSP-RN e do CPF: 098.307.284-12 residente
no(a) RUA JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA nº 125
bairro: CIDADE ALTA município: FRANK GUERRA, RN.

PODERES: Conceda poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

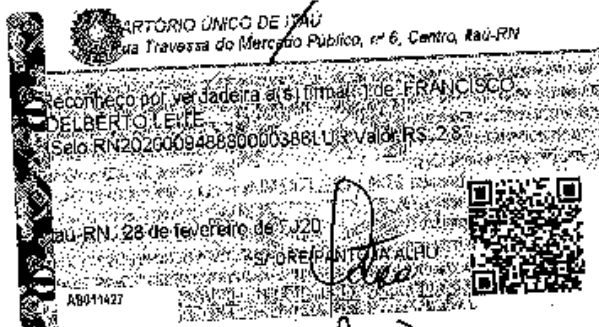
ITAÚ-RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020.

Local e Data

Francisco Idelberto Leite

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080162/20

Número do Sinistro: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF: 876.247.454-53

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 03/04/2020
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



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: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01109-6

CONTA: 000000048780-5

Nr. da Autenticação AD6398D88E15B889

