



Número: **0866845-83.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **09/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65496459	17/02/2021 16:09	2784622_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



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: 16 - Tel. (DDD):

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: 3470 03 CONTA: 00009545 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03470

CONTA: 000000009545-8

Nr. da Autenticação D1DA0D2C4EC5CA21



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 152, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA
CPF: 806 653 494-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO SANTO ANTONIO 26
SANTO ANTONIO DO POTENGI/AREA UBSA
SAO GONCALO DO AMARANTE RN
59290-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOTA FISCAL + FATURA + CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DATA DE EMISSÃO
19/11/2019

PERÍODO DE FATURAMENTO
11/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
63,86

AT BANCARIA FISCAL	SERIE	DATA
032833507	ÚNICA	11/11/2019

NUMEROS DE CONTABILIDADE	Nº DO CONTABILIDADE	Nº DO INSCRIÇÃO
11/11/2019	3000785187	1395148

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	73,0000000	0,66578437	48,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,83
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,36
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,97

TOTAL DA FATURA 63,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA
219023448	CAT	10/11/2019	86,00		11/11/2019	159,00	

CONDIÇÃO DE CONSUMO			RESPONSABILIDADE DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
NOV 19	73		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 13,33	20,74%
OUT 19	86		ICMS	10,00	8,18	Transmissão	R\$ 1,83	2,86%
SET 19	100		PIS	1,00	0,54	Distribuição (Cosern)	R\$ 11,53	18,06%
AGO 19	105		COFINS	5,00	2,72	Perdas de Energia	R\$ 3,08	4,82%
JUL 19	30					Energia Distribuída	R\$ 2,86	4,48%
JUN 19	87					Tributos	R\$ 12,23	19,16%
MAY 19	81					Total	R\$ 63,86	100%





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438 de 26/04/03
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
 Rua Maracá, 150 - Bairro: Fátima - RN, CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.196/0001-61 | Ins. Est. 20052189-6 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF 702.851.364-53

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SANTA MARIA 22

BELA PARNAMIRIMÁREA URBANA
 PARNAMIRIM RN
 59142-092

Nº DA INSCRIÇÃO	UNICA	DATA DE VIGÊNCIA
028904888	UNICA	15/06/2019
DATA DE VIGÊNCIA	Nº DO CONTRATO	Nº DO TÍTULO
15/06/2019	3000621817	1322815

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VIGÊNCIA
23/08/2019	18/09/2019
VALOR TOTAL (R\$)	
131,89	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	187,500000	0,94044795	108,45
Acrescimo Bandeira Amarela			1,55
Acrescimo Bandeira Vermelha			4,41
Contrib. San. Pública Municipal			13,38
Multa por atraso - NF 025754457 - 14/09/19			2,14
Juros por atraso - NF 025754457 - 14/09/19			1,30
Atualização IOPNAF 025754457 - 14/09/19			0,82
TOTAL DA FATURA			131,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MÊS	TIPO DA PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSUMO	FAZ	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
21/08/2019	CAT	21/08/2019	15/08/2019	15/08/2019	21	1,0000			107,00

COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWH)
AGO 18	107
SET 18	109
OUT 18	172
NOV 18	179
DEZ 18	171
JAN 19	186
FEB 19	200
MAR 19	202
ABR 19	208
MAY 19	212
JUN 19	180
JUL 19	177

Atenção: Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo sistema de arrecadação de tributos de São Paulo. O valor total da Nota Fiscal é de R\$ 131,89. O valor do imposto de renda é de R\$ 1,55. O valor do imposto de renda é de R\$ 4,41. O valor do imposto de renda é de R\$ 13,38. O valor do imposto de renda é de R\$ 2,14. O valor do imposto de renda é de R\$ 1,30. O valor do imposto de renda é de R\$ 0,82.

Atenção: Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo sistema de arrecadação de tributos de São Paulo. O valor total da Nota Fiscal é de R\$ 131,89. O valor do imposto de renda é de R\$ 1,55. O valor do imposto de renda é de R\$ 4,41. O valor do imposto de renda é de R\$ 13,38. O valor do imposto de renda é de R\$ 2,14. O valor do imposto de renda é de R\$ 1,30. O valor do imposto de renda é de R\$ 0,82.

COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWH)
AGO 18	107
SET 18	109
OUT 18	172
NOV 18	179
DEZ 18	171
JAN 19	186
FEB 19	200
MAR 19	202
ABR 19	208
MAY 19	212
JUN 19	180
JUL 19	177

COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWH)
AGO 18	107
SET 18	109
OUT 18	172
NOV 18	179
DEZ 18	171
JAN 19	186
FEB 19	200
MAR 19	202
ABR 19	208
MAY 19	212
JUN 19	180
JUL 19	177

COMPARAÇÃO DE CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWH)
AGO 18	107
SET 18	109
OUT 18	172
NOV 18	179
DEZ 18	171
JAN 19	186
FEB 19	200
MAR 19	202
ABR 19	208
MAY 19	212
JUN 19	180
JUL 19	177

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Portugueses, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 03 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Portugueses, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Portugueses, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Portugueses, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 18 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Portugueses, 2385 - Loja 4 - Natal - RN





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

inscrito (a) no CPF/CNPJ 702.851.364 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.510.714 / 50
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAZ da Vítima ALINE RAISSA OLIVEIRA ALVES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.510.714 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA SANTA MARIA</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>BELA PARANAPUÁ</u>	Cidade:	<u>PARANAPUÁ</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:		CEP:	<u>59542-682</u>	Tel.(DDD):	<u>(084) 3.8706.3749</u>

Local e Data: NATAL 05/12/2019

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrada a ocorrência nº **182495/1** do dia 26/10/2019, com as características informadas pela vítima ou o representante legal de **ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES** 24 anos, conforme ficha anexa. Porém, no momento do acidente não foi possível a identificação da vítima por nossa equipe.

Natal, 03 de dezembro de 2019.

Pl Filho de Souza Aguiar

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matrícula:210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 182495/1

Data: 26/10/2019

CHAMADO

TARM: ANDREZA GOMES FERNANDES

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 29 (SÃO GONÇALO I)

Médico Regulação: ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

Médico Cena: NATALIA DE SOUZA GUEDES

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: SANDRO PAIVA PEREIRA GOMES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
FRANCISCO CANINDÉ DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

* REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃO

CONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: (84) 98758-6271

Nome do Paciente:

4 VITIMAS

Idade: *

0 ANO(S)

Sexo: *

NÃO INFORMADO

Endereço: NA DESCIDA DE REGOMOLERO EM FRENTE A QUITANDA MM CAMPOS

Bairro:

Outro Bairro: BAIRRO REGOMELIRO

Nº: EM VP

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR KESSIA RECEBE O PACIENTE NO PS CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

26/10/2019 18:35:58 - Dr(a). ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTOXMOTO, 04 VITIMAS, 2 VITIMAS COM FRATURAS EXPOSTAS EM BRAÇO TODAS CONSCIENTE ORIENTO NAO MOVIMENTAÇÃO DAS VITIMAS E SINALIZAÇÃO DO LOCAL.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 26/10/2019 18:41:12 Usuário: (RADIO OPERADOR) USUÁRIO R.O. PARA TREINAMENTO
Observação: Controle de frota: USB 29 NO QTI DA OC

Data: 26/10/2019 19:25:09 Usuário: (TARM) ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA
Observação: REGULADO COM DRA KESSIA NO POLITRAUMA DO PSCS. 32327576

Data: 26/10/2019 20:14:44 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO
Observação: Controle de frota: DR KESSIA RECEBE O PACIENTE NO PS CLÓVIS SARINHO

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
26/10/2019
18:33:52
Saída Local:
26/10/2019
19:32:34

Regulação Médica:
26/10/2019
18:35:58
Chegada Destino:
26/10/2019
20:07:27

Solicitação VTR:
26/10/2019
18:40:50
Liberação Destino:
26/10/2019
20:14:37

Saída VTR:
26/10/2019
18:41:10
Liberação VTR:
26/10/2019
20:14:38

Chegada Local:
26/10/2019
19:32:29

fm



Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

26/10/2019 19:19:57 - VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM RL 01 AMP DIPIRONA EV + 8 ML DE ABD

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

:/

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

:/

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERAVEIS?

☐ Sim ☒ Não

Bay

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/02/2021 16:09:34

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/02/2021 16:09:34

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/02/2021 16:09:34

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/02/2021 16:09:34

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/02/2021 16:09:34





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55712 /2019

Admissão: 26/10/2019 20:00:16



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES (24 a 6 d)

Nascimento: 20/10/1995 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 11951071450 Prof:

Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA Pai:

Logradouro: SAO JOSE OPERARIO, 1

CEP: 59297759

Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI Cidade: SAO GONCALO DO

AMARANTE

Telefone: 84 .987369836

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 26/10/2019 19:56:09

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Nº FIO2	AME	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120/80		99%			22	86		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO ES ESCORIAÇÕES NO

ANTEBRAÇO

Hora: 20:05h

Paciente vítima de colisão moto x moto há 1 hora, veio por SAMU, em particular, estava em uso de capacete e via a garupa e houve surtamente, apresentando dor no M.D. Não houve de consciência, náuseas, vômitos

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A sem sinais vitais, e cefalalgia.

B MU+, bilateral, SIRA.

C FC: 76 Bat: 98%

D Glasgow 15

E Escoriações em M.D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd e pulm sem alterações

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

29/10/19



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A(ALÉRGICAS) <u>Não</u>	
M(MEDICAÇÃO EM USO)	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V(PASSADO VACINAL) <u>Atualizado</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
1) Raio x de torax AP	
2) Raio x de M.S.D. AP e perfil.	
3) Raio x de punho D AP e oblíquo	
4) Raio x de punho E AP e oblíquo	
CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	OUTROS
	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Em tempo, 20:35h, Raio x de torax sem evidência	
de fratura em arcos costais e sem presença de	
fratura das pneumotórax.	
CD: Alta da Quirina Juel.	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1 <u>Ortopedia</u>	HORA: 20:35h DATA: 26/11/2019
ESPECIALISTA 2	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA: DATA:
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / / HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	
ÓBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP	



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Paciente com história de acidente de moto apresentando dor em

EXAME FÍSICO

Ombro e coluna

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de Ombro
Rx de Coluna

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Tramadol 100mg 10ml S/O, 12h, EV, cpr
Dexclorfen 4mg/ml 2,5ml 17,5ml 18h, EV

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

20:40h

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 04/12/19
MAT. Nº. 152043
SAME

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA:

DATA: / / HORA:

Prescrição Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Regue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA:

DATA: / / HORA:

Prescrição Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Regue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



SLIEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Alertar o paciente (AO)	4
Oferece ao paciente espontaneamente.	3
Oferece ao paciente ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	2
Oferece ao paciente por estímulo doloroso	1
Oferece não se oferece.	0
Melhor resposta verbal (MRTV)	
Responde (Responde acuradamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o tempo, a data e etc.)	5
Confunde (Responde às perguntas acuradamente, mas há alguma distorção e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala solta, mas sem traço conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Comando com palavras.)	2
Resposta.	1
Melhor resposta motora (MRTM)	
Obedece a ordens verbais. (Pode obedecer quando não é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Movimenta membros a dor.	4
Movimenta membros a dor.	3
Resposta flexa à dor (Decorticação)	2
Não responde à dor (Decorticação)	1

⁷Escala de Trauma Revisada (RT): É um índice de subescala para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Bates W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 1983; 23:4, 1989.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Po Poe
2	1	3	3	4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

NOME: ALINE RAISSA DE O. ALVES

LEITO:

IDADE:

Nº REGISTRO:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO AMISSIONAIS

27/10/2019 VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR

AO EX: EGB, CONSCIENTE, EUPNEICO

OMBRO DIR: DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL, COM DESVIO, 3 PARTES

HD: FRATURA ÚMERO PROXIMAL DIR (S42.2)

CD: INTERNAÇÃO

NIR

Dr. Marcelo Mendes de Oliveira
Cirurgião de Trauma e Ortopedia
CRM 4716

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 04/12/19
MAT. Nº. 1826873
SAME
OF
ASSINATURA

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



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
missão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10220 /2019

Prontuário: 1190294

Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES

Cartão SUS:

CPF: 11951071450

Dt Nasc: 20/10/1995

Idade: 24 anos 6 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA

Nome do pai:

Rua/Av: SÃO JOSE OPERARIO

Complemento:

Nº: 1

Bairro: SANTO ANTONIO DO
POTENGI

CEP: 59297759

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 987369836 84 987369836

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1024

Responsável: ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Admissão: 26/10/2019 22:31:12

Obito:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.2 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMER O
408020334 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fx Umero Rx ①

RESUMO DE ALTA

Vitória de Oliveira de Almeida
DMO ①

Adm. por equipe
DMO ① Dr

Rx Fratura

2: INTERMED
Via

Dr. Marcelo Martins
Cirurgião - Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5712

NATAL, 26 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

REVISADO
Data: ____/____/____

Assinatura



**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____

Data de admissão: 26/10/19 Alta: 1/1/Nome: Aline Raina de Oliveira Alves Naturalidade: _____Idade: 24 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 1/1/RG: _____ Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: E. médio

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: R. São José Operário, 01 - Stº Antônio do PatengiCidade: São Gonçalo do AmaranteTelefone: 98736-9836 () Residencial () Trabalho () RecadoContato: Marcos Outros telefones: _____Composição familiar: Reside com companheiro, 03 filhos e mãe.

Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação PrevidenciáriaAtividade desenvolvida: Vendedora ambulante Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim

() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado

Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAD

Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares

() Socorrido em via pública () Outros meios

(X) Encaminhado: Hospital de origem: SGA**Crterios para Acompanhante**

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: Marcos Félix do NascimentoParentesco: Companheiro Telefone: 98736-9836

Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente admitida aos cuidados da ortopedia, leu no ombro
companheiro orientado quanto as normas da unidade; solicitados
as cópias dos documentos. S. P. L. S.

FS incompleto por falta de RG

Sonidelay G. D. Firmino da Silva
Assistente Social

Saída: RESS 2509

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

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





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Identidade de trabalho?

Arrecadação / Automação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149228 ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES**

Prontuário:

CNS: Nascimento: 20/10/1995 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA Pai:

Endereço: RUA SAO JOSE OPERARIO, 1 - SANTO ANTONIO DO POTENGI - SAO GONCALO DO

Município: SAO GONCALO DO AMAR/ Código Municipal IBGE: 241200 UF: RN CEP: 59297-759

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30286 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR.

AO EX: EGB, EUPNEICA, CONCIENTE

OMBRO DIR: LIMITAÇÃO, EDEMA, BOA PERFUSÃO DISTAL, SEM DEFICIT

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIR

INDICADO CORREÇÃO CIRÚRGICA (FRATURA FECHADA)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO*408020334. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM/RN 4788

CRM: 4788 / RN

Data da Solicitação 26/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____





FICHA DE ADMISSÃO

LEITO: <u>37</u>	NOME DO PACIENTE: <u>Shine Raissa de Oliveira</u>	IDADE: <u>24</u>
---------------------	--	---------------------

DIAGNÓSTICO(S): <u># Úlcera Trocântar direito</u>	DATA DE ADMISSÃO: <u>31, 10, 19</u>
ALERGIA(S): <u>nenhuma</u>	

HISTÓRICO DE ADMISSÃO

Pac. deu entrada no setor (em), proveniente do HWG desde 26/10, com fratura de Úlcera (D) por acidente automobilístico. Pac. negro DM, HAS e alergia aos medicamentos. Ao exame físico, consciente, orientada, em 02 ambiente, queixando-se de dor na região da fratura, ainda com elevações nos membros + MTE. Sono prejudicado (dor), dieta preservada. Evacuações intestinais + eliminação vesical preservada. Consegue deambular. Segue aos cuidados do enfermeiro. Em tempo, com elevações na região das ancas. (Assinatura: Arthur Torres, CRM: 347.234)

51 queixas

Ana Luisa Gomes Guerra Vale
COREN-RN - 222.081 - ENF

EXAMES AGENDADOS / SOLICITADOS / PARECERES

Trocar PIA + Raxo X - no pront.

Tratamento - no pront.

- 02/11 - 6x lab. (URGENTE) - OK! No pront.

- EAS - 07/11 - OK.

- EX LAB - 05/11

EX LAB - 08/11 - OK - no pront.

- Hemograma - 11/11 - OK (no pront.)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 04/12/19
MAT. Nº. 1
SAME
ASSINATURA





Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES

BAA: 4-55712/2019

Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 6 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 26/10/2019 20:00

Início Validade: 26/10/2019 22:20 até 27/10/2019 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/10/2019 22:21:23 - ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR.
AO EX: EGB, EUPNEICA, CONCIENTE
OMBRO DIR: LIMITAÇÃO, EDEMA, BOA PERFUSÃO DISTAL, SEM DEFICIT
RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIR
CD: TIPOIA
INTERNAÇÃO
HD: Fx ÚMERO PROXIMAL DIR (S42.2)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML	1	AMP	IV	DOSE UN		
PROCEDIMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR Obs.: TIPOIA MSD	1					

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Cirurgião de Mão e Cotovelo
CRM/RN 4788

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA
CRM-4788/RN



Ricardo Gonçalves da Silva

De: Ricardo Gonçalves da Silva
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 16:57
Para: 'dpvat.portoalegre4@uniaoseguradora.com.br'; 'DPVAT/JULIANA'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: UNIAO SEGURADORA - DEP 280.xlsx

Prioridade: Alta

Prezados(as),

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente;
Ricardo Gonçalves

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4748



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3240859 DATA DE EMISSÃO 30/04/2010
 NOME ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES
 FILIAÇÃO WELLINGTON ALVES FEITOSA
 MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA
 NATAL RN 20/10/1995
 CERT. NASC. Nº. 074473 L-049 F.074
 SÃO GONÇALO DO AMARAL 02 CARTORIO
 Cristiane Bezerra de S. Dantas
 LEI Nº 7.118 DE 21/08/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

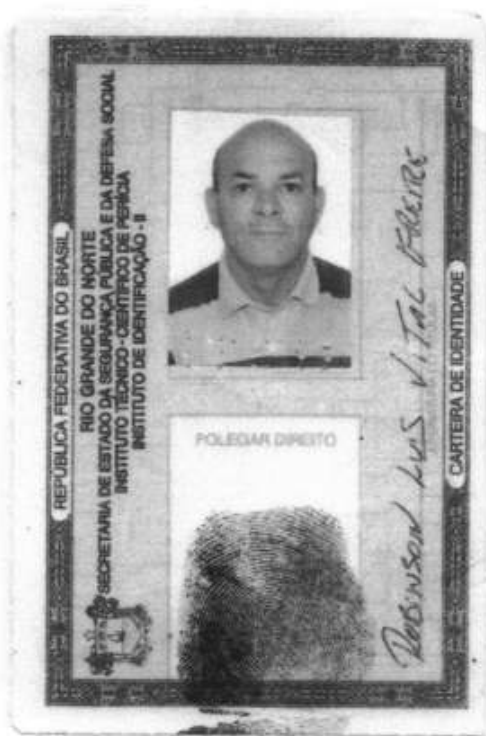
POLEGAR DIREITO

Alme Raisse de Oliveira Alves

CARTeira DE IDENTIDADE







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014529475065

VA 01064689660 COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 2019

ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CNPJ / CNPJ

119.510.714-50

PLACA ANT. UF

QGE2717 / RN

PLACA

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

SÃO GONÇALVES DO RIO GRANDE DO NORTE

16/08/2019

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 014529475065 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

VA 01064689660 COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 2019

PLACA

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

9C20C4110FR205100

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/HIC

DECOR/ANO

119.510.714-50

QGE2717

CHASSI

SÃO GONÇALVES DO RIO GRANDE DO NORTE

16/08/2019

SEGURODPVAT LÍDER - DPVAT

CHP 08.348.608.0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434852/19

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CPF: 119.510.714-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

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

ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES : 119.510.714-50

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: 05/12/2019
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 226 772

Data da solicitação: 15/07/20

Nome do beneficiário: HELIA MARIA BORGES TIMOTEO

CPF do beneficiário: 026.566.704-08

Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF do solicitante: 702.853.364-53

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 1080 9-8706374

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU, ROBINSON LUIS VITAL FREIRE, PROCURADOR DA VITIMA, HELIA MARIA BORGES TIMOTEO, VENHO SOLICITAR A SEGURADORA LIDER QUE SEJA REANALISANDO O PROCESSO DA BENEFICIARIA POIS A INDENIZACAO RECEBIDA NAO E COMPATIVEL CONFORME A SEQUELA QUE SE ENCONTRA A VITIMA BRN COMO NAO E COMPATIVEL PELA TABELA DE PERDA DEFINITIVA DE UM DOS DEGOS DA MAO POIS FOI PAGA O VALOR DE 945.00 REAIS QUANDO A TABELA DIZ QUE E 1350.00 REAIS SE FOR O CASO SEJA AGENDADA UMA PERDA MEDICA PARA COMPROVACAO DA SEQUELA DEFINITIVA DOS FATO DESDE JA ESPERO DEFUICHAMENTO DA REANALISE DO PROCESSO

Local e Data

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e assinar o pedido (a seu rogo).



VALORES DEFINIDOS

A nova tabela do DPVAT estabelece quantias a serem pagas como indenização por acidentes de trânsito conforme a parte do corpo afetada. O teto é de R\$ 13.500 e os demais são porcentagens desse valor.

R\$ 6.750 (50%)

Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fala (mudez completa) ou da visão de um olho.

R\$ 3.375 (25%)

Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral, exceto o sacral.

R\$ 13.500 (100%)

- Perda de ambos os membros superiores ou inferiores.
- Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral).
- Perda de um membro superior e de um membro inferior.
- Lesões neurológicas: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica.
- Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais comprometendo funções vitais.
- Perda de ambas as mãos ou de ambos os pés.

R\$ 3.375 (25%)

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar.

R\$ 1.350 (10%)

Perda integral (retirada cirúrgica) do braço.

R\$ 9.450 (70%)

Perda de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos.

R\$ 1.350 (10%)

Perda completa de qualquer dos dedos da mão, exceto o polegar.

R\$ 3.375 (25%)

Perda completa da mobilidade de um joelho, tornozelo ou quadril.

R\$ 9.450 (70%)

Perda de um dos membros inferiores.

R\$ 1.350 (10%)

Perda completa de qualquer um dos dedos do pé.

R\$ 6.750 (50%)

Perda de um dos pés.

Fonte: Ministério Público RJ 450/2008

Infográfico: Acidente de Trânsito



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679377 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO (PG 8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.13)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PMR

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES
BRASILEIRA Nacionalidade:
 Est.Civil: SOLTEIRA
 Profissão: DOMA
3290-853 Identidade:
119-570-714-50 CPF:
 Endereço: LOTIAMENTO SANTO ANTONIO 26

OUTORGADO:

Nome: RODRIGO LUIS VITAL PEREIRA
BRASILEIRO Nacionalidade:
CASADO Est.Civil:
 Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO
1.093 757 Identidade:
 CPF: 702.854.364-53
 Endereço: RUA SANTA MARIA N.º 23

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

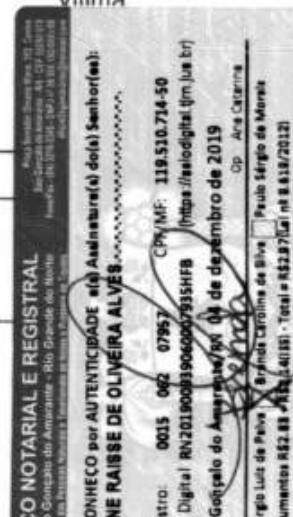
Data do acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDA

Local e data

x Aline Raimme de Oliveira Alves

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434852/19

Número do Sinistro: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CPF: 119.510.714-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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: 17/07/2020
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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 15196877





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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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. 01819/01820 - carta_03 - INVALIDEZ

00040910



Carta nº 15214606





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: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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\$ 843,75

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: **ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003470**

Conta: **000009545-8**

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





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 24/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01077/01078 - carta_09 - INVALIDEZ

00030539



Carta nº 15977899





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: 119.510.714.80 4 - Nome completo da vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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

5 - Nome completo: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES 6 - CPF: 119.510.714.80
7 - Profissão: DOR LÍ 8 - Endereço: LOTAMENTO SANTO ANTONIO 9 - Número: 26 10 - Complemento:
11 - Bairro: SANTO ANTONIO DO PETEGU 12 - Cidade: SÃO BONIFÁCIO DO AMARANTE 13 - Estado: R-N 14 - CEP: 59280-006
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 084 9-8706 3749

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: 3470 03 CONTA: 00009545 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Aline Raisse de Oliveira Alves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065796/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 08:54 Data/Hora Fim: 05/12/2019 09:09
Delegado de Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 26/10/2019 18:35

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)
Logradouro: NA DESCIDA DE REGOMOLEIRO
Complemento: EM FRENTE A QUITANDA

Bairro: REGOMOLEIRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 20/10/1995
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria do Carmo de Oliveira Nome do Pai: Wellington Alves Feitosa

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN
Logradouro: RUA SÃO JOSE OPERARIO Nº: 23
Bairro: NOVO SANTO ANTONIO

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Nome Civil: FRANCINALDO COSTA DOS SANTOS (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 12/08/1984
Nome da Mãe: TEREZA MARIA COSTA DOS SANTOS Nome do Pai: FRANCISCO DE ASSIS V DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.463.264-44
RG - Carteira de Identidade: 002201558

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN
Logradouro: R EDMILSON FARIAS DE MORAES Nº: 03
Complemento: CASA
Bairro: STO ANTONIO DO POTENGI CEP: 59.290-000

Delegado de Polícia Civil: Luciano Augusto Pereira
Impresso por: Severino Bezerra Galvão
Data de Impressão: 05/12/2019 09:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065796/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 2 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 119.510.714-50
Placa QGE2717	Renavam 01064689660
Número do Motor JC41E1F205100	Número do Chassi 9C2JC4110FR205100
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo São Gonçalo do Amarante
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 05/10/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido

Envolvimentos

Aline Raisse de Oliveira Alves

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU A ESTA DP A PESSOA ACIMA QUALIFICADA PARA RELATAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DUAS MOTOS A QUE A COMUNICANTE IA DE PASSAGEIRA. A COMUNICANTE RELATA QUE ESTAVA NEBLINANDO E PORTANTO PISTA ESCORREGADIA FOI QUANDO O CONDUTOR DA OUTRA MOTO QUIS PARAR PARA SE PROTEGER DA CHUVA EM UMA PARADA SO QUE O MESMO ENTROU DE VEZ PARA O A COSTAMENTO NÃO DANDO TEMPO DA MOTO EM QUE A COMUNICANTE VINHA DESVIAR DO MESMO E COLIDIU FAZENDO COM QUE A COMUNICANTE FOSSE ARREMESSADA AO SOLO VINDO A SOFRER ESCORIAÇÕES PELO CORPO SENDO O MAIS GRAVE UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO PARALISANDO PARCIALMENTE O BRAÇO. NADA MAIS A RELATAR.

ASSINATURAS

Severino Bezerra Galvão

Agente de Polícia

Matrícula 189.263-1

Responsável pelo Atendimento

Aline Raisse de Oliveira Alves

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de legalidade, sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

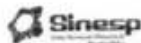
Delegado de Polícia Civil: Luciano Augusto Pereira

Impresso por: Severino Bezerra Galvão

Data de Impressão: 05/12/2019 09:09

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/02/2021 16:09:34

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021716093302700000062717222>

Número do documento: 21021716093302700000062717222

Num. 65496459 - Pág. 37