



Número: **0816444-75.2023.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **21ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **30/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO registrado(a) civilmente como ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
99421349	01/05/2023 18:44	Petição	Petição
99421350	01/05/2023 18:44	2882511_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros documentos



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08164447520238205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 27 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
OAB/RN 5432



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/05/2023 18:44:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050118444241200000093847574>
Número do documento: 23050118444241200000093847574

Num. 99421349 - Pág. 2
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/05/2023 18:44:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050118444241200000093847574>
Número do documento: 23050118444241200000093847574

Num. 99421349 - Pág. 3
Pág. Total - 3



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, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200358740

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01789/01790 - carta_02 - INVALIDEZ

00030895



Carta nº 16215480





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, 01 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200358740

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000034**

Conta: **00000166631-0**

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



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 011.828.604-86 4 - Nome completo da vítima: JOSE SAAATIEL FRANCISCO DA LUZ

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

5 - Nome completo: JOSE SAAATIEL FRANCISCO DA LUZ 6 - CPF: 011.828.604-86
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: R. MARISTELA ALVES 9 - Número: 720C 10 - Complemento: AP. 201
11 - Bairro: FELIPE CAMARÃO 12 - Cidade: NAYAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.074-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (084) 99120-3370

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0034 CONTA: 001666310 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

FP5.001 V002/2019







PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19061662B01



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/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 ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, 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 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 09/11/2019 Hora: 18:05 Município: NATAL/RN
BR: 226 KM: 2,7 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: ADRIANO FREIRE, 1973338

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: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 09/11/2019, por volta das 18h05, no km 02 da BR-226, no município de Natal/RN, sentido Macaíba-Natal, sentido decrescente da rodovia, ocorreu um acidente tipo COLISÃO TRANSVERSAL entre duas motocicletas com duas vítimas feridas, tendo ferimentos um leve e outro grave. Os veículos envolvidos foram: Motocicleta Honda de placa MYW3944 (V1) e Motocicleta Yamaha de placa QGT6640 (V2). Com base na análise dos vestígios identificados constatou-se que V1 trafegava no sentido normal do fluxo quando V2 que trafegava em sentido contrário de V1, embora também no sentido normal de seu fluxo, efetuou manobra de mudança de direção tentando acessar via local para acesso ao bairro quando colidiram. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidentes, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de V2 motocicleta Yamaha que ao tentar acessar via local cruzando a pista não o fez com os cuidados necessários. Observações: 1-Todos os condutores foram submetidos ao teste de etilômetro tendo o condutor de V1, José Salatiel, resultado 0.00, número do teste 05318, e o condutor de V2, Paulo Marcos, resultado 0.99mg/L incorrendo em crime de embriaguez ao conduzir veículo, utilizado aparelho n. série 114499, número do teste 05317. 2- o condutor Paulo foi socorrido por VTR SAMU USB 12 e o condutor Salatiel pela VTR SAMU USB 18, ambos encaminhados para atendimento hospitalar. 3- Paulo Marcos foi socorrido para o Hospital Clovis Sarinho devido as lesões que sofreu com fratura exposta e corte contuso no pé e perna esquerda necessitando atendimento de urgência e posterior internação na unidade hospitalar devido cirurgia. 4-Os procedimentos na Delegacia de Polícia Civil foram tomados. Não houve outros veículos envolvidos.



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticação deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E9300B8.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - MYW3944 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: MYW3944 Marca/modelo: HONDA/CB600F HORNET
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9C2PC42008R000812
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00973808853
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Outro
Informações complementares: Motocicleta liberada para entregue a Francisco Wagner da Silva Costa, cunhado de José Salatiel

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Polícia Rodoviária Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, 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 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5GF189E93008B.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CB600F HORNET

Placa: MYW3944

Nº BOAT: 19061662B01

Nome do Agente: ADRIANO FREIRE

Matrícula do Agente: 1973338

Data: 09/11/2019

Item	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 Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Polícia Rodoviária Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, 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 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C58F199E930089.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ CPF/CNPJ: 011.828.604-86
Email: Telefone: 84-99958-2582
Endereço: Rua Maristela Alves, 720, Bloco C, Felipe Camarão, NATAL-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

V1C - Informações

Nome: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ Data de Nascimento: 23/02/1980
CPF: 011.828.604-86 Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Leves Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB Primeira habilitação: 23/08/2004 Nº Registro: 03362889999
UF: RN Vencimento da habilitação: 23/11/2022 Motorista profissional: Não
Observações CNH: A 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: R MARISTELA ALVES, 720, BLC AP 201 C RESID, FELIPE CAMARAO, NATAL-RN
Telefone: Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGT6640 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGT6640 Marca/modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED Renavam: 01139278603
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9C6RE2120J0013479 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista
Informações complementares: Pretendia acessar via local. Anexo BO da PC.



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, 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 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01



V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobatautenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

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

Veículo: V2 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED
Nome do Agente: ADRIANO FREIRE

Placa: QGT6640
Matrícula do Agente: 1973338

Nº BOAT: 19061662B01
Data: 09/11/2019

Item	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 Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, 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 6.539, 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 novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobas/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E930086.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V2 - Proprietário

Nome: RANIELSON TEODOSIO DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 060.358.934-06

Email:

Telefone:

Endereço: R SANTA VERONICA, 68, Felipe Camarão, NATAL-RN

V2C - CONDUTOR DE V2 - PAULO MARCOS DA COSTA

V2C - Informações

Nome: PAULO MARCOS DA COSTA

Data de Nascimento: 26/08/1978

CPF: 916.274.864-53

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: Habilitação vencida em 14/08/2018

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: D

Primeira habilitação: 24/04/2003

Nº Registro: 02835074013

UF: RN

Vencimento da habilitação: 14/08/2018

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Sim

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,99 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARECHAL RONDON, 67, NS DA APRESENTACAO, NATAL-RN

Telefone: 84-98602-1103

Email:

V2C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Polícia Rodoviária Federal, em 10/11/2019, 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 61-DG, 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 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

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: 011.828.604-86 4 - Nome completo da vítima: JOSE SANTIEL FRANCISCO DA LUZ

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

5 - Nome completo: JOSE SANTIEL FRANCISCO DA LUZ 6 - CPF: 011.828.604-86
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: R. MARISTELA ALVES 9 - Número: 720C 10 - Complemento: AP. 201
11 - Bairro: FELIPE CAMARÃO 12 - Cidade: NAYAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.074-340
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (084) 99120-3370

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0034 CONTA: 00166631 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 (nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/10/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320035874001
VALOR TOTAL:	337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00034
CONTA: 000000166631

Número da Autenticação

549068F5C8035C49





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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 160 - Bairro, Natal - RN - CEP 59025-350
CNPJ 06.524.194/0001-81 | Insc. Est. 2005159-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA DA SILVA COSTA

CPF 778 921 274-83

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARISTELA ALVES 720 C AP-201
COND RESID FELIPE CAMARAO BL C

FELIPE CAMARAO AREA URBANA
NATAL RN
59074-340

0851904824 08/2020

01/09/2020 11/09/2020

107,58

046582930 UFVA 11/08/2020

11/08/2020 3000956218 711388

Consumo Ativo (Wh) TUSD
Consumo Ativo (Wh) TE
Contribuição Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
140.000000	0.38843853	51.71
140.000000	0.32126016	44.97
		10.88

TOTAL DA FATURA

107,58

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
7048887	CA1	10/07/2020	15.415,38	11/08/2020	15.581,00	32	1.00000		140,00

RESUMO DE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Descrição de Energia	R\$	%
AGO 20 140	38.89	16.20	17.42	Transmissão	R\$ 4.47	32.79%
SET 20 137	38.89	1.24	1.78	Distribuição (COSERN)	R\$ 24.30	22.02%
OUT 20 162	38.89	5.89	5.10	Perdas de Energia	R\$ 6.10	5.31%
NOV 20 175				Divulgação Setorial	R\$ 5.18	4.33%
DEZ 20 221				Tributação	R\$ 24.38	22.02%
JAN 20 191				Total	R\$ 60.88	100%
FEB 20 162						
MAR 20 124						
ABR 20 187						
MAY 20 198						
JUN 20 187						
JUL 20 187						
AUG 20 183						
Consumo Ativo (Wh) TE						
						0.24117000

9167-11614-0001-81 2501 COSA FEITO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ MOACIR FRANCISCO DA LUZ,
RG nº 1.495.339, data de expedição 20/06/93, Órgão SSP/RN,

CPF nº 008.955.624-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA Genélio Tomaz</u>
Número	<u>212</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>LAGOA SALGADA</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59247-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>_____ / _____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA BRUNO / RN 05.10.20

Assinatura do Declarante: José Moacir Francisco da Luz



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

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

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

Pelo exposto, eu JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.955.624 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.828.604-86,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ
inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.828.604 / 86, 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>Genzio tomaz</u>	Número: <u>212</u>	Complemento:
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>lagoa salgada</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59247-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: nova cruz / RN 05.10.20

JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ
Assinatura do Declarante





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58423 /2019

Admissão: 09/11/2019 19:33:46

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 137181 - JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ (39 a 8 m 15 d)
Nascimento: 23/02/1980 Natural: LAGOA DE PEDRAS, BRASIL Sexo: P Cor:
CNS: 704106143904177 CPF: 01182860486 Prof: VIGILANTE
Mãe: MARIA IVANILDA SILOVA DA LUZ Pat: PEDRO FRANCISCO DA LUZ
Logradouro: MARISTELA ALVES, 720
CEP: 59074340 Bairro: FELIPE CAMARÃO Cidade: NATAL
Telefone: 84 .99176273 Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa: RN SEGURANCA

Fluxograma:		Discriminador:						
OBS:		Classificação: 09/11/2019 19:32:40						
HORA	CPA	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	GI
14:00	13/11/19	150	98	21	20	76		15
ASSINATURA								

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA 1 PODODACTILO APOS COLISAO MOTO MOTO

Hora:

Paciente notou de colisão moto + moto, em
de caminho a rétro, após dar um pulo (E).
DE.

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)

- A VAP, mrg, mrg, mrg
- B Bpm, mrg, mrg, mrg
- C 130, mrg, mrg, mrg
- D 16, 15, SF
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 09 de Novembro de 2019.

Módulo Hospitalar
01/1



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de pulmões ⑤ - AP e D

Rx de pulmões ⑤ - AP e D

Dr. Diogo Medeiros
Clínico Geral
CRM 7989

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rx de pulmões ⑤ - AP e D

Dr. Diogo Medeiros
Clínico Geral
CRM 7989

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESP

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Diogo Medeiros
Clínico Geral
CRM 7989

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



- José Salathiel Francisco da Luz.
- Laudo Médico.

Paciente sofreu acidente
de moto no dia 09/11/19. O
testaço, de C₇ - Trauma no punho
esquerdo e Redução do testag-
tost conservadora. De traço de punho
Atualmente tem dificuldade
para movimentar o punho e
belada de braço, de fratura ainda
nas radiografias comel.

02.10.2020

Manoel L. Fonseca
CRM 1642
CPF: 108.629.214-20

ORTOMED

Av. Senador Salgado Filho, 66, Potilândia,
Natal/RN - Fone: 84 3231.0005 / 3206.1002

Clínica
M&E

Av. Prudente de Moraes, 4178, loja 5, Shop Mall,
Lagoa Nova, Natal/RN - Fone: 84 2020.9451

CLINORT
CLÍNICA DE ORTOPEDIA

Av. Dr. João Medeiros Filho, 500, Igapó,
Natal/RN - Fone: 84 3674.8113





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DO TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA: A - TORNADO DE FAMILIARIDADE

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 1805988 SEP RN

CNPJ 011.828.604-86 DATA NASCIMENTO 23/02/1980

FILIAÇÃO PEDRO FRANCISCO DA LUZ
 MARIA IVANILDA SILVA D
 A LUZ

PERMISSÃO 25 CAT. A/B

Nº REGISTRO 03362889999 VALIDEZ 23/11/2022 1ª HABILITAÇÃO 23/08/2004

DESTINAÇÃO
 A
 EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 02/02/2018

LUIZ EDUARDO MACHADO PEREIRA
 Diretor Geral - Detran/RN 64970343177
 RN702777784

AMBIENTE DO TORNADO

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1487114310

PROIBIDO PLASTIFICAR 1487114310



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014244548692

VIA 1 COD. RENAVAM 00973808853 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

CPF / CNPJ 011.828.604-86 PLACA MYW3944

PLACA ANT / UF MYW3944 / RN CHASSI 9C2PC42008R000812

ESPÉCIE / FIO

COMBUSTÍVEL

PASSAGELIRO / MOTOCICLISTA / ANO 2008

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CB600F HORNET

CAP / POT / CL

CATEGORIA

2008 2008

OCV / 599 QILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. / COTAS

P 0.00

11/04/2019

1º ISENTO

V 002602 3X

PARCELAMENTO / COTAS

2º ISENTO

A 002602 3X

RE 123.73

3º ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRIMEIRO TOTAL (R\$)

LICENCIAMENTO DETRAN

PASSO

DEPVAT PAGO

DESCRIÇÕES

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO
MAIS VALIDO PARA TRANSFERENCIA

NACRAL/RN

DATA

01/04/2019

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

RN Nº 014244548692 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 1 COD. RENAVAM 00973808853 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

RENAVAM

00973808853

01/04/2019

ANO FAB. 2008

CL. INS. 9

PLACA MYW3944

CHASSI 9C2PC42008R000812

MARCA / MODELO

HONDA / CB600F HORNET

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

VALOR A SER PAGO NO BILHETE (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTUBRO

COTA ÚNICA

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.546.604/0001-04

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.546.604/0001-04

01/04/2019

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Dados do Sinistro

Número: 3200358740 Cidade: Natal/RN Cobertura: invalidez
Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ Data do acidente: 09/11/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Parecer

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, sem encurtamento, flexão normal, extensão normal. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no quinto dedo do pé esquerdo.
Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.. ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: 5º Dedo do Pé Esquerdo - Leve - 25%
Sequelas: Com Sequela
Data da perícia: 20/10/2020
Conduta mantida: Sim
Observações:
Médico examinador: Urai de Oliveira
CRM do médico: 4315
UF do CRM do médico: RN

Danos

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	1350.00	25	337.5
Total			2,50%	R\$ 337,50

Prestador

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MEDICOS ESPECIALIZADOS LTDA-EIRELI

Médico revisor: Jose Artur Fialho Amorim
CRM do médico: 52314742-4
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:



José Artur Fialho Amorim
Diretor - Gestor do Contrato
CRM 52 31474.2



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740

Cidade: Natal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do acidente: 09/11/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, sem encurtamento, flexão normal, extensão normal. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periculado possui um déficit funcional de grau leve no quinto dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: 5º Dedo do Pé Esquerdo - Leve - 25%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/10/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740

Cidade: Natal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do acidente: 09/11/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, sem encurtamento, flexão normal, extensão normal. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no quinto dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: 5º Dedo do Pé Esquerdo - Leve - 25%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/10/2020

Conduta mantida:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: VIGILANTE, Data do Acidente 09/11/2019
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 1.805.988, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 011.828.604-86 residente no(a)
RUA MARISTELA ALVES nº 720C
bairro: FELIPE CAMARÃO, município: NATAZ / RN.

OUTORGADO:

Nome: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO Profissão: VIGILANTE, portador(a) do RG
1495339, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 008.955.624-05 residente
no(a) RUA GENEZIO TOMAZ nº 212
bairro: CENTRO, município: LAGOA SALGADA / RN.

PODERES: Concede 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 DPVAT, 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.

09 SET. 2020

Local e Data



Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Natal Cartório 2º Ofício de Notas
Av. Alexandre Rodrigues da Silva, 1130 - Lagoa Seca
CEP 54.020-000 - Natal - RN - Fone: (55) 3222-2222 - 4141-9881
E-mail: atendimento@natalrn.com.br

Reconheço a firma de JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ por autenticidade do que dou fé.

Natal/RN, 9 de Setembro de 2020.

Cloris Maria de Andrade - Escrevente
Confira em: <https://seidigital.tjrn.jus.br/seio>
Selo Digital: RN202000849530132578WHQ.
Usuário: diva.

ACT6734



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283104/20

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

CPF: 011.828.604-86

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SALATIEL
FRANCISCO DA LUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ : 008.955.624-05

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

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ : 011.828.604-86

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: 06/10/2020
Nome: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ
CPF: 008.955.624-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/10/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

GERCIA LOURENCO DA SILVA

