

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta nº: 11559118

A/C: LINO MAIA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170464306 ASL-0330937/17

Vitima: LINO MAIA

Data Acidente: 27/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta nº: 11559680

A/C: LINO MAIA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170464306 ASL-0330937/17

Vitima: LINO MAIA

Data Acidente: 27/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2017

Carta nº: 11779895

A/C: LINO MAIA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170464306 ASL-0330937/17

Vitima: LINO MAIA

Data Acidente: 27/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LINO MAIA**

Nº Sinistro: **3170464306**
Vitima: **LINO MAIA**
Data do Acidente: **27/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170464306**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12626085



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO BENEFICIÁRIO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LINO MAIA

PORTADOR(A) DO RG Nº 001.775.656 EXPEDIDO POR SESPDS/RN EM 17/07/2017 E

CPF 050754274-9 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LINO MAIA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5894-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3001-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LUCECIA/RN 01 de Agosto de 2017 Lino Maia

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT RS 11-469-2017/1516 064009 1/1

Desposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 05294 - BREJO DO CRUZ
Conta : 8060000003881-5
Nome : LINDA MAIA

Depositante	:	0 PROPRIO
FAVORECIDO		
Valor em dinheiro	:	10,00
Valor em cheque	:	0,00
Valor total	:	10,00

Ag.Bradesco :5694 - BREJO DO CHUÇ
Corresp.Fanc.:115 - BOMBOMIERE
SINDEMBFG
NSU: 027535667815 Autenticacao: 648714

O JOSE SINDENBERG CLEMENTE SOARES atua como Correspondente Bancario do Banco Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

OLVIDORIA BRADESCO
8888 727 9933

SEGLER/DODD LITIG. PART 15 11-160-2017 15:16 064010 1/1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, LINO MAIA, portador da carteira de identidade nº 001.775.656 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.154.274-41, residente e domiciliado na SITIO TANQUINHO 4 SN, Cidade LUCRÉCIA, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Lino Maia

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

LUCRÉCIA - RN, 01/08/2017

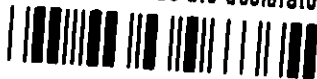
Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT S/A
11-080-2017 15:16 064005 1/1



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

Comprovação de ato declaratório



REGISTRO N°

2.565.295

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Lino Maia D. N. 14/02/1973 Idade: 35A
Profissão: agricultor Cartão SUS n° 70050632729550
Endereço: Rua: Fló Costa, 749 Bairro: Centro
Cidade: Imaculada U.F. RR Fone: 996258083
Filiação: Mãe: Isene Maria da Conceição Pai: Fló Holanda Maia

Data: 27/06/2016

Hora: 16:35h

A.C.C.R.:

AMARELO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente conduzido do Município de Bucarica (ambulância do município), sem imobilização, com história de acidente de trânsito, queda de motocicleta, há aproximadamente 10h. Refere lesões em face, mãos e MMII. Nega náusea, vômito, cefaleia, tontura e perda de consciência. Nega uso de álcool. Refere a medicação e não sabe informar quando vacinal. Refere medicação prévia no município de origem de trauma e vômito.

2 - EXAME FÍSICO

EBV, vigil, orientado, afébril, acianótico, anictérico, eufônico, hipocorado.
A - Vias aéreas superiores, sem congestão.
B - MV+; simétricos, sem ruídos adventícios, FR: 22 ipm.
C - RCP, 2T, sem sopros ou estalidos, FC: 83 bpm.
D - Glasgow 15.
E - lesão costal - contusão em lábio inferior, lesão costal - contusão em nariz e em região frontal esquerda. Escoriações em pé, joelho esquerdo e mãos.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 04/07/2016

SAME / ARQUIVO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Poli-traumatizado / acidente de trânsito

STANDARD LIDER PRINT
11-080-2017 15:16 064013 1/1

4 - CONDUITA MÉDICA

Data: 27/06/2016

Hora: 16:40.

- 1) Solicitar Rx Tórax e pelvis
- 2) Solicitar punção da bursomaxilofacial.

BUA: Paciente asmático (litura fr)
 AC de 450, com pleuropneumonia
 múltiplas fave

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	Dieta Zero / p1 proceder Hb Ampla			
	1) Prescrição			
	SF 99% - 150ml EV		18:45	
	Cefotaxima 1g EV 6/6hs		18:45	
	Tenoxicam 40mg EV		18:45	
	Dipirona 1g EV 6/6hs		18:45	
	Prednisona 8mg EV		18:45	

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

Dr. Renato Gregório A. Macedo
 Rua do Rio de Janeiro, 200
 13.000-000 - São Carlos - SP

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 07/07/2016

SAME / ARQUIVO

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Documentação médica - hospital:



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Luís Maria Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: laceracoes multiples Face

Indicação terapêutica: e curidade bucal.

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Volcan Braga

1° Auxiliar: Dr. Kenjiou

2° Auxiliar: _____

3° Auxiliar: _____

Instrumentador: Dr. João Pinto

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Acesso p/ Ferimentos

Exposições dos ferimentos e debridamento
folleto

Reconstituição dos tendões molar face
Recontorno do sulco gurgulabial
Reutura perical do lábio inf
Glossografia

SECRETARIA LIDER OPMT MS
11-080-2017 15:16 064086 1/1



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

18.60.94

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.R.T.M.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.T.M.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Primo Maia

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710101510161312

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/2017

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Jaime Maria da Conceição

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Francisco Costa, 749 B. Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bucareta

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

1500000

18 - UF

RN

19 - CEP

55000000

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Traumatizado de face, vítima de queda de moto, sofreu ferimentos face

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

o quadro clínico.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame Clínico + Exame fono.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ferimentos múltiplos face S015

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reconstrução de face ORTODONTIA GABRIEL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0409020470

29 - CLÍNICA

PRUF

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

03913878433

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Valmir Braga de Araújo 27/06/16

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO FILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSOR 04/07/2016

SAME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME CAIO MAIA IDADE _____ Nº REG: _____
SERVIÇO: _____ ENFª: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

BUF
Paciente admitido no trauma
vítima de AC de moto 51 capote
sobre ferimentos múltiplos na
face. Paciente acalado com cli-
nica estável. Avaliado por duas
especialistas na P. Cirúrgica -

Indicamos estado cirúrgico p/1
ferimentos do Codo.

SERVIÇO DE REGISTRO EM 11-08-2017 15:16 064015 141



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: LINO MAIA

CLÍNICA CIRÚRGICA - BUCOMAXILOFACIAL - ENFERMARIA:

DATA: 28/06/2016

Leito: 304-4

DATA

EVOLUÇÃO

28/06/16 Paciente em 1º DPO de tratamento cirúrgico de urgência de lesões de tecidos moles, com edema facial compatível com trauma e ato operatório
CQ: MANTIDA, ALTA PREVISTA PARA AMANHÃ.

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA LÍQUIDA OU PASTOSA VO HP/HC

2 CEFALOTINA 1g + ABD EV 6/6HS

3 DECADRON 4mg + ABD EV 8/8HS

4 OMEPRAZOL 01amp EV 1 x dia

5 DÍPIRONA 40gotas VO 6/6hs SN

6 SSVV + CCGC

7 HIGIENE ORAL 4XDIA COM ESCOVAÇÃO + BOCHECHOS

28/06/16 GOM CLOREXIDINA 0,12%

8 ALTA PREVISTA PARA AMANHÃ

10

DATA

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

<



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Paciente Lino Maia

Rx Uso Interno

① Nimesulida 100 → 01 CX
Tomar 01 comp. de
12/12hs.

Uso Tópico

① PERIOGARD Solução → 01 b.
Fazer bochechos 3x/dia

SECRETARIA LIDER OPMT RS

11-000-2017 15-10-06401111

28/06/16

Dr. Adriano Albuquerque
Cirurgião Bucal Máxilo-facial
CRM 100077



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DESPESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.775.656

DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2017

NOME LINO NATA

FILIAÇÃO FRANCISCO HOLANDA NATA
IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE UNARIZAL RN

DATA DE NASCIMENTO 14/02/1979

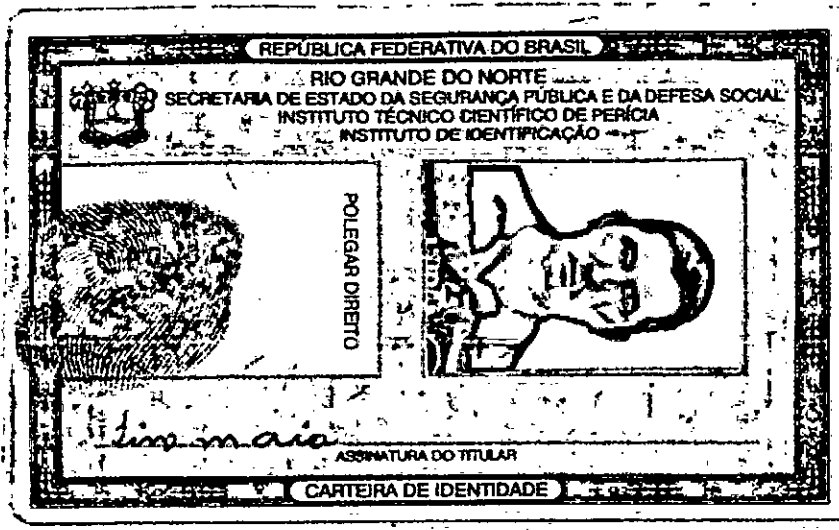
DOC. DE NASCIMENTO L-A 03-F-75-R8-1901
UNARIZAL RN-CARTÓRIO ÚNICO CARTÓRIO

CPF 050.154.274-41

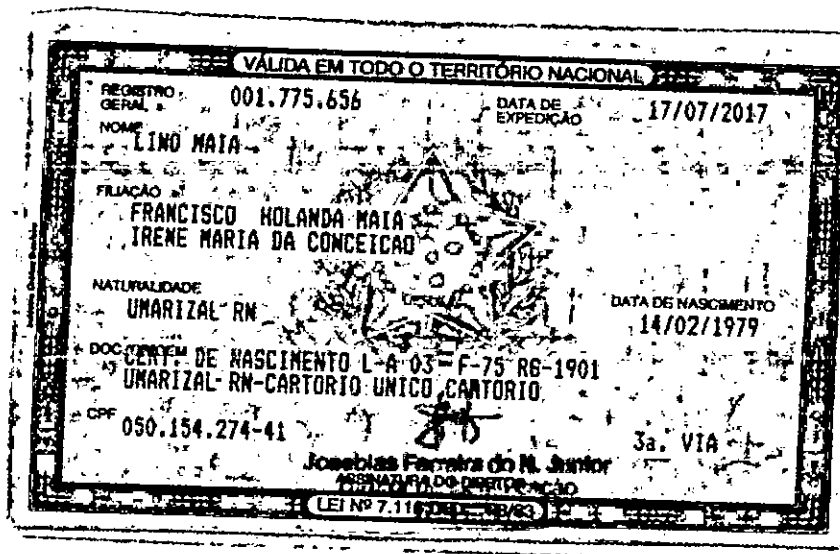
3a. VIA

Josebias Ferreira do N. Junior

LEI Nº 7.119/83



Documentos de identificacao





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LINO MAIA
 DATA DO ACIDENTE 23/06/2016 CPF DA VÍTIMA 050.154.274-41
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É LINO MAIA
 ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO TANQUE UNHID BAIRRO ZONA RURAL
 Nº 4 SN COMPLEMENTO CASA UF RN CEP 59805-000
 CIDADE LUCRECIA TELEFONE (84) 99612 9146
 E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/08/2017 MATR. CORREIOS _____
 IDENTIDADE 001.775.656 NOME Paulo
 ASSINATURA Paulo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330937/17
Vítima: LINO MAIA
CPF: 050.154.274-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/06/2016
Titular do CPF: LINO MAIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LINO MAIA : 050.154.274-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/08/2017
Nome: LINO MAIA
CPF/CNPJ: 050.154.274-41

LINO MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2017
Nome: ALEANDES NASCIMENTO DOS SANTOS
CPF: 028.047.805-46

ALEANDES NASCIMENTO DOS SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

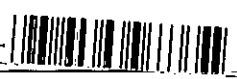
IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330937/17
Vítima: LINO MAIA
CPF: 050.154.274-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/06/2016
Titular do CPF: LINO MAIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Documentos de identificação Outros	Outros 
--	---

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2017
Nome: LINO MAIA
CPF: 050.154.274-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2017
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

LINO MAIA

Cristina Limeira Alves



Seguradora Líder • DPVAT

C.1

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DPVAT

1 - Dados do Processo Administrativo

Número do Sinistro: 3170464306

Nome da Vítima: LINO MAIA

Data do Sinistro: 27/06/2016

Correios

26/9

2 - Dados do Solicitante

Nome: LINO MAIA

CPF: 050.154.274-41

Documento de Identidade: ☒ Vítima/Beneficiário ☐ Procurador

Solicito cópia do processo administrativo correspondente ao sinistro cujos dados indiquei no item 1.

Caso eu queira indicar outra pessoa para retirada das cópias, estou ciente de que, além desses documentos, ela deverá levar procuração específica e seus documentos de identificação.

LUCRECIA/RN, 15 de SETEMBRO de 2017

Lino maia