



Número: **0803110-32.2019.8.20.5124**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **4º Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública da Comarca de Parnamirim**

Última distribuição : **26/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 19.960,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLOS CESAR SILVA FERREIRA (AUTOR)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44284 237	11/06/2019 14:02	<u>Petição</u>	Petição
44284 271	11/06/2019 14:02	<u>2598191 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 02</u>	Outros documentos
44284 276	11/06/2019 14:02	<u>2598191 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u>	Outros documentos
44284 283	11/06/2019 14:02	<u>2598191 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 02</u>	Outros documentos

Juntada de petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 4º JEC DA COMARCA DE PARNAMIRIM/RN

Processo: 08031103220198205124

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 **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, 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 juntada com o comprovante de pagamento pertinente ao pedido do processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PARNAMIRIM, 7 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Rio de Janeiro, 21 de maio de 2019
DPVAT/JUR – 2043/2019

Ao 4º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL, CRIMINAL E DA FAZENDA PÚBLICA DA COMARCA DE PARNAMIRIM/RN

Rua Suboficial Farias, 280, Monte Castelo
59140-255 – Parnamirim – RN

Assunto: Processo nº 0803110-32.2019.8.20.5124

A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. ("Seguradora Líder"), CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua da Assembleia nº 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20011-904, vem, em atenção ao processo em epígrafe, prestar os seguintes esclarecimentos:

O pedido de indenização do Seguro DPVAT por **invalidez permanente**, em razão do acidente de trânsito ocorrido em **24/11/2018**, com a vítima **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, CPF/MF nº 889.169.952-72, foi alvo de maior atenção e encontra-se em fase de regulação de sinistro. Assim, tão logo haja sua conclusão, os beneficiários serão informados.

Manifestando votos de estima e consideração, a Seguradora Líder se coloca à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente


Leila Caires
Coordenador Jurídico



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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 008557/00858 - carta_03 - INVALIDEZ



00070429

Carta nº 14059461



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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00859/00860 - carta_03 - INVALIDEZ



00070430

Carta nº 14060702

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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046 **Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**

Data do Acidente: 24/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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, contados 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 14060703

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: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04882

CONTA: 000000011003-4

Nr. da Autenticação C09BD5F98BA64519



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	089.169.952.72	CARLOS CESAR SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	089.169.952.72
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	NRA PARQUE DAS FLORES	22	CESAR 7
Bairro:	PARQUE DAS FLORES	Cidade:	CEP:
E-mail:	59154.030		
	Tel.(DDD): 84 9 9930.2330		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 4882 CONTA: 000.011.003 4

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, PARANAMINIM, 18/02/2019
Nome: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA
CPF: 089.169.952.72

TESTEMUNHAS	
1º Nome: _____	PROTOCOLO RECEBIDO
CPF: _____	13 MAR 2019
Assinatura	
2º Nome: _____	TERRADO SOL ADM.
CPF: _____	E CORRETORA DE SEGS.
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

AGÊNCIA: 4882

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 000.011.003-4

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO >Boletim de Acidente de Trânsito
VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101028 foi registrado em nosso banco de dados em 29/11/2018 às 08:56:11 com o código de controle 1DC1

NOVA CONSULTA





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101028

1 - LOCAL E DATA

Local AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO Bairro NOVA PARNAMIRIM
Cidade/UF PARNAMIRIM P. Ref. CLUBE DA PETROBRAS
Data 29/11/2018 Hora do acidente 12:20 Hora do registro 14:00 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi 860 0761 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. HYUNDAI CRETA 201 Cor CINZA Ano 2017 / 2018
Proprietário DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nasc. 13/03/1982
Endereço R. ROSILDA MELO Nº 129 Fone 9 9635 9427
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 0219.808.534-12 CNH N° 05728986262 Validade 23/11/2022 Categoria B
Local de Trabalho MATERMIDADE JANUARIO CICCO Fone
End. All. PRUDENTE DE MORAIS Nº Bairro Cidade

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi 4142 (FINAL CHASSI) Cidade UF
Marca/Mod. SHINERAY Cor PRETA Ano /
Proprietário CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Data de Nasc. 21/07/1975
Endereço R. PA DAS FLORES CASA 7 Nº 22 Fone 9 8802 4963
Bairro CONT. PR DAS ARVORES N. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 889.269.952-72 CNH N° M Validade / / / Categoria
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone
End. N° Bairro Cidade

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor TERRA DO SOL ADM.
Proprietário CORRETORA DE SEGURO Nº de Ocupantes
Condutor Data de Nasc. / /
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPF N° CNH N° Validade / / Categoria
Local de Trabalho Fone
End. N° Bairro Cidade

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca/Mod. Cor Ano /
Proprietário Nº de Ocupantes
Condutor Data de Nasc. / /
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPF N° CNH N° Validade / / Categoria
Local de Trabalho Fone
End. N° Bairro Cidade

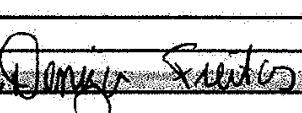
Autenticação Nº do Boletim: 101028 Nº da Ocorrência: 698824 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 1DCD5A9C15552770

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / CIDADE SATELITE **Em que faixa?**

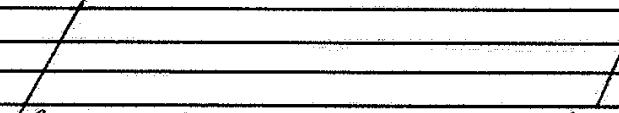
Versão do condutor ALEGA QUE: AO SAIR DA ACADEMIA BURN FIT OBSERVOU O FLUXO DE VEÍCULOS E VISUALIZOU VII. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRA P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VI COLIDIINDO EM VI.

Assinatura do Condutor do V1: 

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / AYRTON SENNA **Em que faixa?** DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE: TRAFFGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDA POR VI, SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101, NAO ESPERANDO VII PASSAR JÁ QUE VINHA NA PREFERENCIAL. VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

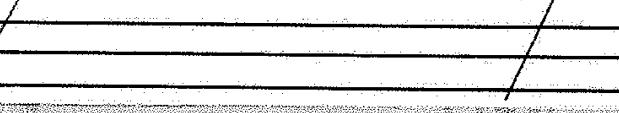
Assinatura do Condutor do V2: 

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3: 

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4: 

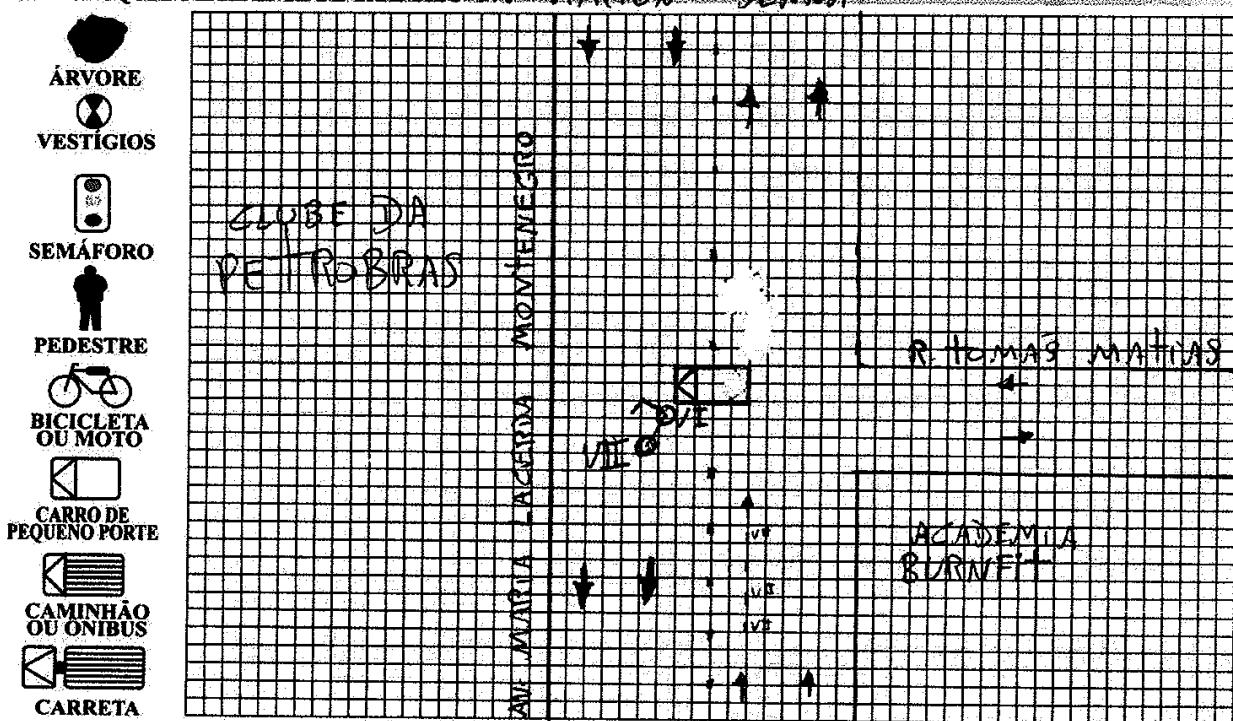
Autenticação Nº do Boletim: 101028 Nº da Ocorrência: 698824 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 1DCD5A9C15552770

101028

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. / Tempo	Tipos da Pista	Caract. / Pista	Cond. / Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha <u>TACHAS</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enfamenda	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>50</u> KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	

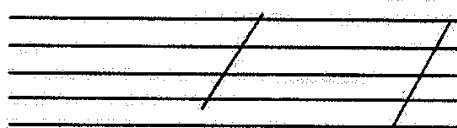
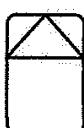
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON SENNA



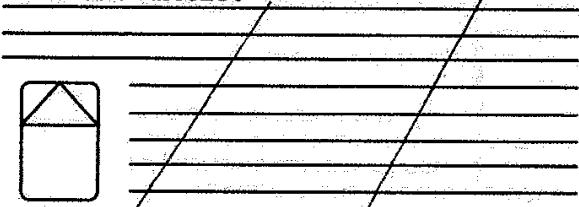
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO NOVA PARNAMIRIM

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO, PARA-CHOCO DIANTEIRO, CAPS



AVARIAS DO VEÍCULO 3

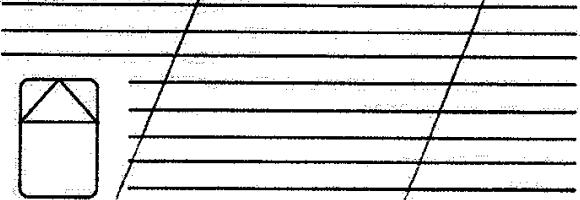


AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Nº do Boletim: 101028 Nº da Ocorrência: 698824 Data Registro: 29/11/2018 Hora Registro: 08:56:11 Número/Controle: 1DCD5A9C15552770

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	089.169.952-72	CARLOS CESAR SILVA FERREIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	089.169.952-72	
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:	
Autônomo	AV. PARANÁ DAS FLORES	22	CRISP 7	
Bairro:	PARQUE DAS PRÍVIAS	Cidade:	RN	CEP:
	NUCA PARANAMIRIM		59.154.230	Tel.(DDD):
E-mail:	franciscoesrros@hotmail.com			
84 99930-2330				

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

RENDIMENTO MENSAL:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00		
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00		

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 4882 <input type="checkbox"/> CONTA: 000-011.003 (4)	(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

 Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, PARANAMIRIM, 18/02/2019
	Nome: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA
	CPF: 089.169.952-72

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 CARLOS CESAR SILVA FERREIRA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS	
1º Nome: PROTOCOLO RECEBIDO	CPF: 13 MAR 2019
2º Nome: TERRADO SOL ADM.	Assinatura
CPF: E CORRETORA DE SEGS.	

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

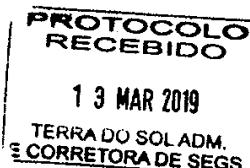


ato declaratório

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 foi encontrado a ocorrência N° 106938/1 referente ao paciente **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, 44 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 24/11/2018 em Parnamirim. Conforme ficha anexa.



Natal, 18 de fevereiro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.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

Nº: 106938/1

Data: 24/11/2018

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA

Médico Regulação: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Rádio Operador: FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 29 (MACAÍBA)

Equipe VTR: LUIZ HENRIQUE NOBRE LOPES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
ISAC MARCIO DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> REGULAÇÃO MEDICA	<input type="checkbox"/> TROTE	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ENGANO	<input type="checkbox"/> QUEDA DA LIGAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONTATO COM EQUIPE SAMU	<input type="checkbox"/> TRANSF./INTERNAÇÃO
---	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--	---	---

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Solicitante: ADRIANO

Nome do Paciente:

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Sexo: *

MASCULINO

Idade: *

43

ANO(S)

 Endereço não informado Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889889 Longitude: -35.2082431

Nº: VP

Endereço: AV MARIA LACERDA

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Bairro:

Referência/Complemento: NA LATERAL DO CEEP EM FRENTE A ACADEMIA BONIFI

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Local:

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Histórico Regulação Médica:

24/11/2018 13:10:36 - Dr(a). TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO-MOTO COM CAPACETE, CONSCIENTE ORIENTADA. SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA. COM DOR NO PUNHO ESQUERDO. DOR

NO OMBRO. E DOR PRÓXIMO SEM SINAIS DE FRATURA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

Apóio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/11/2018 13:10:09 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA

Observação: RETIFICANDO NOME DA ACADEMIA ``BURNEFITNES``

Data: 24/11/2018 13:18:56 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: DESDE LIBERAÇÃO SEM VTR DISPONIVEL AGUARDANDO QRV.

Data: 24/11/2018 13:23:06 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: SEM VTR PRA CUBRIR ESTA OC EM PARNA E MACAÍBA. VTR + PRÓXIMA EM QRV USB29 SGA ACIONADA
PRA ESTA OC.

Data: 24/11/2018 13:31:28 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: SAIU DA BASE MACAÍBA DE 13:23, UNICA VTR DISPONIVEL.

Data: 24/11/2018 14:19:56 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA

Observação: CONTATO EFETUADO COM ENFER ADCLEY O MESMO PEDE PRA LIGAR DAQUI A 40 MINUTOS MAS QUE O PACIENTE PODERIA
SER ENCAMINHADO.

Data: 24/11/2018 15:16:24 Usuário: (RADIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Observação: Controle de frota: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
24/11/2018 13:08:26	24/11/2018 13:10:36	24/11/2018 13:20:33	24/11/2018 13:24:42	24/11/2018 13:50:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
24/11/2018 14:15:00	24/11/2018 14:35:00	24/11/2018 15:16:16	24/11/2018 15:16:18	

Observação do Apoio:

CONDUTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

24/11/2018 14:11:07 - CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
PROTÓCOLO DE TRAUMA

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga
Estabelecimento:
PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES

Vaga Negada - Motivo:
-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

P:
Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada
 Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:
____ / ____ / ____

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

Sim Não

Declaração de Residência

Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

Eu, João Cesar Silva Ferreira portador do CPF n° 349.452-72, declaro para fins de Certificação Digital que resido no seguinte endereço:

Rua/Av./Trav: Rua Parque das Flores

Nº 10 CEP: 59000-000

Bairro: Parque das Flores

Cidade: Porto Alegre

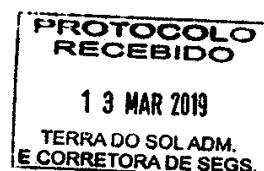
UF: RS

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Data: 29/05/17

João Cesar Silva Ferreira

Assinatura





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAD
COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - CAS**



Coordenadoria de Atenção à Saúde

FICHA DE CADASTRO		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENDIMENTO PÚBLICO			UF <u>RN</u>
ENDERÉCOS		NÚMERO	BAIRRO		CEP
<u>Rua Bela Asfalto, nº 32 - Casa 07</u>		<u>10711</u>	<u>Centro</u>		<u>519115141-123101</u>
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA
<u>KI41013125111</u>	<u>1011</u>	<u>10411</u>	<u>1012</u>	<u>111</u>	<u>21-7-141-1119</u>

CADASTRO DA FAMÍLIA

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TR - Tubercolose

HAN - Hanseníase
MAI - Malária

HAN - Hanseníase **Cláudia Francisca da Silva**
MAL - Malária **Diretora**
MATRÍCULA 8850



Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda
 Insc. Estadual: 20.083.236-0
 CNPJ: 02.952.192/0001-61
 Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
 Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
 SAC: 20102010-10600
 FAX: 2010.9010 | DEF. AUDITIVO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações
 Modelo 21
 Série única CFOP 5307
 nº 24827
 Data da emissão: 01-02-2019

Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES
 Endereço: R SADI MENDES 1022-A
 Bairro: SANTOS REIS Município: Parnamirim
 CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: 59141-085
 Insc. Est:

CABOTELECOM

Discriminação dos Serviços

LINK Provedor Supercabo (SVA) 5 MEGAS - 15 ANOS
 Intercabo (SCM) 5 MEGAS - 15 ANOS
 Velocidade Promo navegação 20 Megas
 Cabo Fone New 200 F
 Chamadas LDN
 Chamadas Originadas
 Serviço Wi-Fi

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos	NF
01-01 a 31-01	1	39,80	3,68	104,25
01-01 a 31-01	1	30,95	10,42	
14-12 a 13-01	1	12,84	3,85	
14-12 a 13-01	1	10,49	3,53	
14-12 a 13-01	1	1,27	0,43	
	1	8,90	1,28	
				+
				Encargos
				0,00
				+
				Débito Ref. NF
				0,00
				—
				Crédito/Pagamento Ref. NF
				0,00
				—
				TOTAL A PAGAR
				104,25

Informações Importantes

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se a nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br. O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na pagina web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

Valor da Mensalidade

104,25

VENCIMENTO

06-02-2019

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Os cinco últimos registros de atendimento

13077277
13046680
13044562
13044541
13044471

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS	Reservada ao FISCO
55,55	30%	16,67	7f83.e72d.5525.26e9.9ac1.5093.ff82.a145

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 630/2004 CAT. Base de cálculo do ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto nº 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331.

PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel. 3232-9050.

Itau	341	34191.09156	55464.379316	43285.770004	2	77920000010425
------	-----	-------------	--------------	--------------	---	----------------

Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA

Promulgado para:

06-02-2019

Data do documento:	Número do documento:	Espécie do documento:	Acerte	Data processamento	Cartóira	Agência Cedente
01-02-2019	24827	17	S	01-02-2019	109	9314/32857-7
Instruções:						Nosso Número 109/15554643-7
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento 104,25
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES Endereço: R SADI MENDES 1022-A						Valor cobrado

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Ficha de compensação

Código de Baixa





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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO ROBERTO FERREIRA DOS NEVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 413.039.706 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

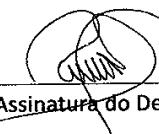
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>AVN SADI MENDES</u>	Número: <u>1022</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>SANTOS REIS</u>	Cidade: <u>PARNAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>FERNANDA.FERREIRA.14@gmail.com</u>	CEP: <u>59347-085</u>	Tel.(DDD): <u>84 9 9830.2330</u>

Local e Data: PARNAMIRIM, 18 DE FEVEREIRO DE 2019.


Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO
13 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

EXAMES COMPLEMENTARES

A longo o Poco

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

- Rx do ~~+~~ Ponto (5) - Joelho (1)
- Voltar a 75 mg I.M.
- AVA da Ortopedia
- Alt. da C.G.
- Tala axilo - desodorante - 75% sif. (OK para)
- Partir as 9h para o médico e I.M. de ocreliz
- ortopedia Paciente com fratura no ombro (E) (C)

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____
HORA _____ HS		HORA _____

RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA

DATA _____ / _____ / _____ HORA _____ A REVELIA

ÓBITO _____ / _____ / _____ HORA _____

ENTREGUE À FAMÍLIA S.V.O. I.T.E.P.

Dr. Gustavo Pezzi

CRM-RN 1794

MÉDICO (Carimbo)

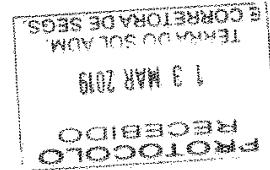
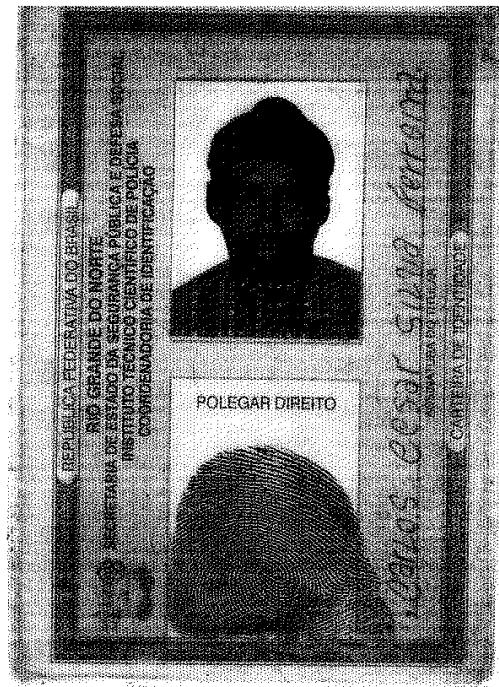
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

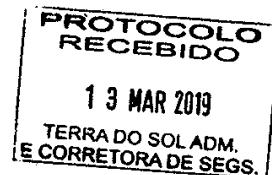
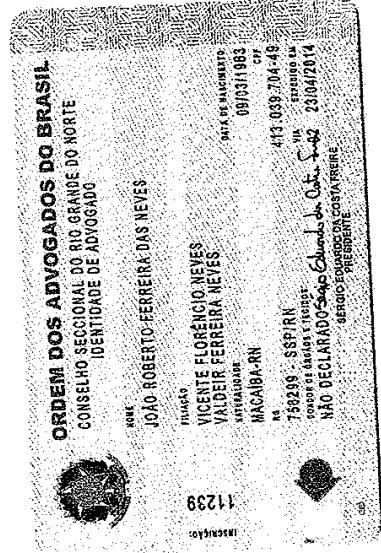
PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:	
Paciente: <i>Carlos Leon S. F. Ferreira</i>	Prontuário:	
Motivo da Consulta:	<i>Paciente vítima de corte no</i> <i>com escoriação no ponto (E) e</i> <i>talho (D) AITC</i> <i>do Congresso</i> <i>24.11.18</i>	
<i>Dr. G. P. Pezzi</i> <i>Clínica de Deocídio Lucena</i> <i>CRM: 18549</i>	CRM	Data
Encaminhado à especialidade:	<i>Dr. G. P. Pezzi</i>	
Consulta marcada para a Unidade:	Município:	
Para o (a) Dr. (a):	às _____ horas do dia _____ / _____ / _____	

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:	
Paciente:	Prontuário:	
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)		
<i>Vítima de corte de moto x carreiro</i> <i>apresentando deformidade em ponto</i> <i>(E) RX com fratura no nódio</i> <i>distal do tio BARTON Volar com</i> <i>indicação de cirurgia.</i> <i>Fratura no nódio distal (E)</i> <i>Diagnóstico: Fratura no nódio distal CID: S52.5</i>		
<i>Dr. G. P. Pezzi</i> <i>Médico CRM: RN 1794</i>	CRM	Data
Retornar à clínica solicitante:	Unidade:	
Para o (a) Dr. (a):	às _____ horas do dia _____ / _____ / _____	





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA, brasileiro, solteiro, autônomo, com o RG sob o nº 003.387.796, com o CPF sob o nº 889.169.952-72, residente e domiciliado à Rua Parque das Flores nº 22 Casa 7, Parque das Árvores, Nova Parnamirim, Parnamirim/RN

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do Sinistro, acompanhar andamento do processo e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

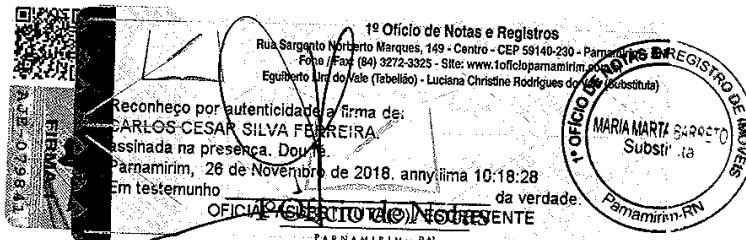
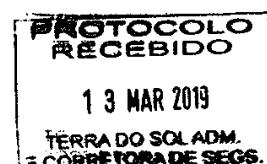
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim/RN, 18 de FEVEREIRO 2018..

1º Ofício de Notas
CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085417/19

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF: 889.169.952-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES : 413.039.704-49

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

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA : 889.169.952-72

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA