



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	Petição	Petição
44284 271	11/06/2019 14:02	2598191 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 02	Outros documentos
44284 276	11/06/2019 14:02	2598191 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos
44284 283	11/06/2019 14:02	2598191 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 02	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

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. 00857/00858 - carta_03 - INVALIDEZ

00070428



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01747/01748 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 089.169.952.72	Nome completo da vítima: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA		CPF: 089.169.952.72
Profissão: AUTÔNOMO	Endereço: RUA PARANG DAS FLORES	Número: 22 Complemento: CASA 7
Bairro: PARANG DAS FLORES	Cidade: NOVA PARANAMIRIM	Estado: RN CEP: 59154.230
E-mail: FRANCISCASEGUROS@HOTMAIL.COM		Tel.(DDD): 84 99980.2330

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4882 CONTA: 000.011.003 4

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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, 08/02/2019

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952.72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

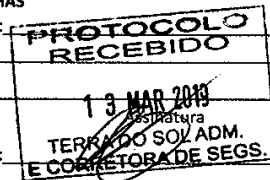
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

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 1DCI

NOVA CONSULTA

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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 24/11/2018 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 2.0 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 99635 9427
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF Nº 049.808.534-12 CNH Nº 05728986262 Validade 23/11/2022 Categoria B
Local de Trabalho MATERMIDADE JAUVARIO CICCO Fone _____
End. AL. PRUDENTE DE MORAIS Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 4142 (FINAL CHASSI) Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. SHINERAY Cor PRETA Ano 1
Proprietário CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Data de Nasc. 24/07/1975
Endereço R. PA DAS FLORES CASA 7 Nº 22 Fone 98802 4963
Bairro CONS. PO DAS ARVORES N. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF Nº 889.169.952-72 CNH Nº M Validade - / - / - Categoria _____
Local de Trabalho AUTONOMA Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

Assinatura do Condutor do V1: [Assinatura]

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: TRAFEGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDO POR VI, SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101, NÃO ESPERANDO VI PASSAR JA QUE VINHA NA PREFERENCIAL, VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V2: [Assinatura]

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

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<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"/> Anotecendo	<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"/> Nebliana	<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"/> Enlameada	<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"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON SENNA

- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTE
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO NOVA PARMAMIRIM

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO, PARA-CHOQUE DIANTEIRO, CAPÔ

AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.

AVARIAS DO VEÍCULO 3

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 CÉSAR SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA		089.169.952.72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA PARABUG DAS FLORES	22	CASA 7
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARABUG DAS FLORES	NOVA PARNAMIRIM	RN	59154.230
E-mail:	Tel. (DDD):		
FRANCISCASENEVES@HOTMAIL.COM	84 9 9930.2930		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: (4882) 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

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, PARNAMIRIM, 08/02/2019

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952.72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

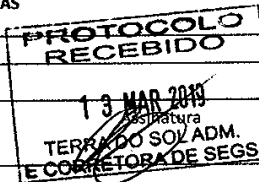
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

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

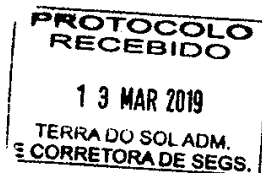


ato declaratório

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

Data: 24/11/2018

Nº: 106938/1

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA
Rádio Operador: FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: USB 29 (MACAÍBA)

Médico Regulação: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA
Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
Usuário Pós-Cena:
Equipe VTR: LUIZ HENRIQUE NOBRE LOPES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ISAC MARCIO DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA
 TROTE
 INFORMAÇÃO
 ENGANO
 QUEDA DA LIGAÇÃO
 CONTATO COM EQUIPE SAMU
 TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: ADRIANO

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Paciente:
CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Idade: *

43 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889889 Longitude: -35.2082431

Nº: VP

Endereço: AV MARIA LACERDA

Bairro:

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

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

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

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 ?

Apoio:

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 MACAIBA. VTR + PROXIMA 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 MACAIBA 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: 24/11/2018 13:08:26	Regulação Médica: 24/11/2018 13:10:36	Solicitação VTR: 24/11/2018 13:20:33	Saída VTR: 24/11/2018 13:24:42	Chegada Local: 24/11/2018 13:50:00
Saída Local: 24/11/2018 14:15:00	Chegada Destino: 24/11/2018 14:35:00	Liberação Destino: 24/11/2018 15:16:16	Liberação VTR: 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
PROTOCOLO DE TRAUMA

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQU ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

Sim Não

Declaração de Residência

Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

Eu, Ferdos Cesar Silva Ferreira portador do
CPF nº 079.19.452-72, declaro para fins de Certificação Digital que
resido no seguinte endereço:

Rua/Av./Trav: Rua Parque das Flores

Nº 2 CEP:

Bairro: Parque das Flores

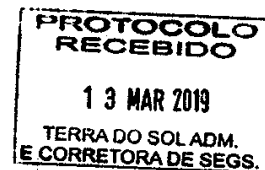
Cidade: Aracaju

UF: SE

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

Data: 29/05/17

Ferdos Cesar Silva Ferreira
Assinatura





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



2 Front: 2801

FICHA Nº						SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						UF RN	
ENDEREÇO Rua Pedro dos Anjos 22 - Casa 07				NÚMERO 10711		BAIRRO Pedro dos Anjos			CEP 51915-123				
MUNICÍPIO RN1032511			SEGMENTO 1011		ÁREA 10411		MICROÁREA 102		FAMÍLIA 111		DATA 27/11/19		

CADASTRO DA FAMÍLIA								
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
					Sim	Não		
	Carlos Cesar Silva Ferreira	21.07.75	43	M	X		APOSENTO	-

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA NA ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
					Sim	Não		
	DES MARCOS							
	MST 12405							

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

AIC - Alcoolismo	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase	Cláudia Francisca da Silva Diretora MATRÍCULA 8850 <i>C. Silva</i>
CHA - Chagas	GES - Gestação	MAL - Malária	
DEF - Deficiência	HA - Hipertensão Arterial		
DIA - Diabetes	TB - Tuberculose		

**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: 2010.2010-10600
 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 (SCH) 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
01-01 a 31-01	1	39,80	3,68
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

NF	104,25	+
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 página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

VENCIMENTO
06-02-2019
 Valor da Mensalidade
104,25

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	Alíquota	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 FUNTEL 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						Prorrogado para: 06-02-2019
Data do documento: 01-02-2019	Número do documento: 24827	Espécie do documento: 17	Acerte: S	Data processamento: 01-02-2019	Carteira: 109	Agência Cedente: 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 RESEGURO. 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 JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CÉSAR 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>AV. SADI MENDES</u>	Número: <u>4022</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>SANTOS REGIS</u>	Cidade: <u>PARANAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>FERNANDESEGUROS@hotmail.com</u>	CEP: <u>59141-085</u>	Tel.(DDD): <u>84 9 9930.2330</u>

Local e Data: PARANAMIRIM, 13 DE FEVEREIRO DE 2019.


Assinatura do Declarante

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

SOS 7 e si Acou...
 Tel. 98800 4963



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
 PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 21

NOME: Carlos Cesar Silva Figueira
 IDADE: 43 anos COR: Branco SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado
 NATURALIDADE: RN PROFISSÃO: Não Responde PROCEDÊNCIA: Não Responde
 ENDEREÇO: Rua São José dos Reis nº 27 Colônia de São José dos Reis
 CIDADE: São José do Bonfim DATA: 24/11/2018 HORA: 14h00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
 C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
 Paciente ferido pelo JAMU ao rubido de colisão motor como de baixo impacto em desvio de direção e queda de

EXAME FÍSICO dor em punho (E) e joelho (D)
 A: Vias aéreas patentes, sem cervicalgia
 B: MMII em AHT, DITA
 C: RAR em RT, DNF. FC: 78 A3D: plano, flácido e umbilical. Pulso estável e umbilical D: Glasgow 15, sem defeitos, pupilas isocóricas

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	160 x 100	20	15	98% sat O2		82

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

DIAGNÓSTICO INICIAL Trauma

EXAMES COMPLEMENTARES

Alergias e Bacterianas

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"/> ORTOPIEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

- Rx do ~~ombro~~ punho (E) e joelho (D)
 - Voltar 75 mg I₂
 - Av. do ortopedista
 - Alto do C.G.
 - Tala axila - palmar (E)
 - Tala (E)

Luiz Cláudio
 Cirurgia de Mão e Plástico
 CRM/RN/9588

- Paciente em ort. é medicado com IN. de dor
 - ortopedista
 - rádio distal (E)
 - paciente com fratura
 - rádio distal (E)
 - paciente com fratura
 - rádio distal (E)

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL

INTERNADO NO SERVIÇO DE ortopedia

REMOVIDO EM _____

HORA _____ HS

HORA _____ PARA _____

RETIROU-SE POR _____

DECISÃO MÉDICA

DATA _____

HORA _____

ÓBITO _____

HORA _____

ENTREGUE À FAMÍLIA

S.V.O.

I.T.E.P.

A REVELIA

Dr. Gustavo Pezzi
 Médico
 CRM/RN/1794

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Luís Leon Silva Feres Prontuário: _____

Motivo da Consulta:
Paciente vítima colisão moto e carro em ponto (E) de Jalho (D) de Cirurgia
Altc

Luiz Cláudio Alves Médico CRM/RN 15549 _____ CRM _____ Data 24.11.18

Encaminhado à especialidade: Ortopedia
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 1.1.

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: _____ Prontuário: _____

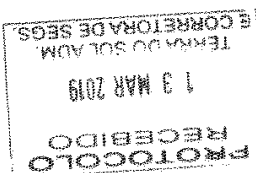
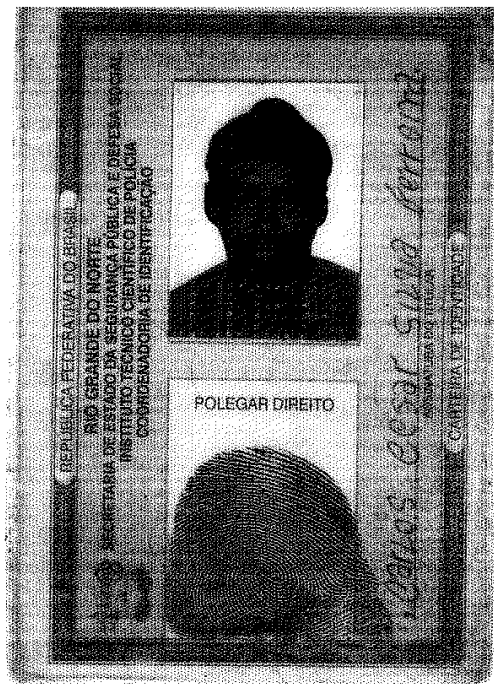
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

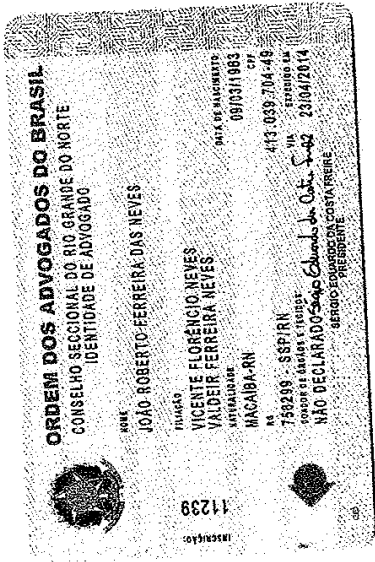
Vítima de colisão moto x carro apresentando dyarmidose em ponto (E) de Rx com fratura em rádio distal do tipo BARTON VOLAR com indicação de cirurgia.

Diagnóstico: Fratura do rádio distal (E) CID: S52.5

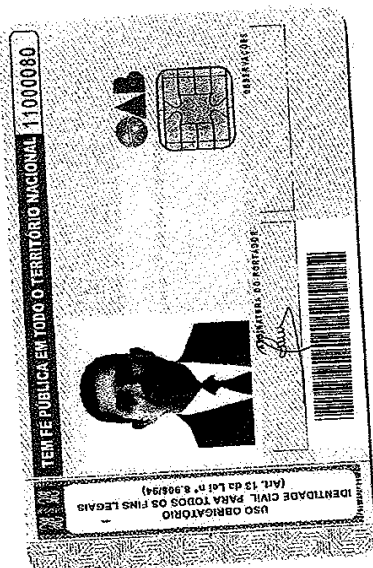
Dr. Gustavo Pezzi Médico CRM/RN 7794 _____ CRM _____ Data 24.11.18

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: CONEXÃO COM EXISTENTE
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____





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



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.

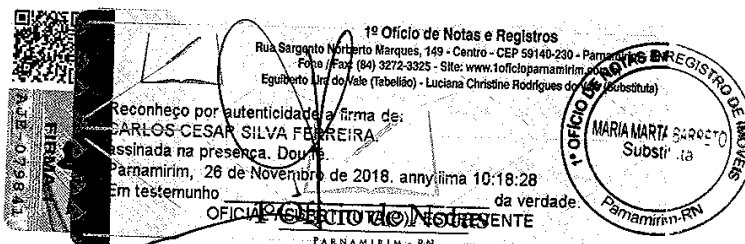
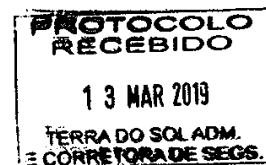
Parnamirim/RN, 18 de FEVEREIRO 2018..

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

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF de: Próprio

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERCIA LOURENCO DA SILVA