

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro QUASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 089.169.952-72 Nome completo da vítima: 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: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA CPF: 089.169.952-72

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA PARANG DAS FLORES Número: 22 Complemento: CASA 7

Bairro: PARQUE DAS ÁRVORES Cidade: NOVA PARNAMIRIM Estado: RN CEP: 59154-230

E-mail: FERNANDESSEGUROS@hotmail.com Tel.(DDD): 84 9.9930.2330

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

**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 CADASTRAIS**

**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

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 ☐ Vítimo 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.

Local e Data, PARANAMIRIM, 08/02/2019

Nome: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952-72

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**PROTÓCOLO RECEBIDO**

**13 MAR 2019**

**TERRA DO SOL ADM.**

**COORDENADOR 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 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.**

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

AGÊNCIA: 4882

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 000.011.003-4

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

&gt; RESULTADO &gt; AUTENTICAÇÃO &gt; 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 IDC

NOVA CONSULTA





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. VEICULO 01

Placa ou Chassi Q660761 Cidade PARNAMIRIM UF RN  
Marca/Mod. HYUNDAI CRETA 2.0A Cor CINZA Ano 2017 / 2018  
Proprietário DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes 01  
Condutor DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nascimento 13/03/1982  
Endereço R. ROSILDA MELO Nº 129 Fone 99635 9027  
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 JANUARIO CICCO Fone \_\_\_\_\_  
End. AV. PRUDENTE DE MORAIS Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4. VEICULO 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 Nascimento 21/07/1975  
Endereço R. PO DAS FLORES CASA 7 Nº 22 Fone 98805 4963  
Bairro CANT. PO DAS ARVORES V. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN  
CPF Nº 889.269.952-72 CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1-1- Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho AUTONOMO Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5. VEICULO 03

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

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOLAOM  
CORRETORA DE SEGS.

### 6. VEICULO 04

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

## 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 FII OBSERVOU O FLUXO DE VEÍCULOS E VISUALIZOU VIT. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRA P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VIT 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 SURPREENDIDA POR VIT. SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101. NAO ESPERANDO VIT 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: \_\_\_\_\_

## 8. CONDIÇÕES DA VIA

|                                                |                                         |                                             |                                                   |                                          |                                                         |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Luminosidade</b>                            | <b>Cond./Tempo</b>                      | <b>Tipo de Pista</b>                        | <b>Caract. Pista</b>                              | <b>Cond. Pista</b>                       | <b>Sinalização</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> Amanhecendo           | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input checked="" type="checkbox"/> Asfalto | <input type="checkbox"/> Reto                     | <input checked="" type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Inexistente                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pleno-Dia  | <input type="checkbox"/> Nublado        | <input 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"/> Ative Ingrete            | <input type="checkbox"/> Inundada        | <input type="checkbox"/> Do Semáforo                    |
| <input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação   | <input type="checkbox"/> Neblixa        | <input type="checkbox"/> Cascalho           | <input type="checkbox"/> Ative 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 Ingrete          | <input type="checkbox"/> Oleosa          | <input type="checkbox"/> Linha <u>TACHAS</u>            |
| <input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente |                                         | <input type="checkbox"/> Outras             | <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. Permi <u>50</u> KM/H |
|                                                |                                         |                                             | <input type="checkbox"/> Rotatória                | <input type="checkbox"/> Com Areia       |                                                         |
|                                                |                                         |                                             | <input type="checkbox"/> Retorno                  |                                          |                                                         |
|                                                |                                         |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento |                                          |                                                         |
|                                                |                                         |                                             | <input type="checkbox"/> Bifurcação               |                                          |                                                         |

## 9. CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON SENA

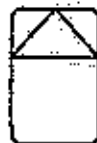
 ÁRVORE  
 VESTÍGIOS  
 SEMÁFORO  
 PEDESTRE  
 BICICLETA OU MOTO  
 CARRO DE PEQUENO PORTE  
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS  
 CARRETA

ZLUBE DA PETROBRAS  
 R. THOMAS MATHIAS  
 ACADEMIA BURNETT  
 AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

## 10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO NOVA PARMAMIRIM

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO, PARA-CHOVE DIANTEIRO, CAPÔ

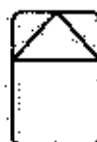


## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.



## AVARIAS DO VEÍCULO 4



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                |                       |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                         | CPF da vítima:        | Nome completo da vítima:    |
|                                                                                                                                | 889.169.952-72        | 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:                  |                             |
| CARLOS CESAR SILVA FERREIRA                                                                                                    | 889.169.952-72        |                             |
| Profissão:                                                                                                                     | Endereço:             | Número:                     |
| Autônomo                                                                                                                       | RUA PARANG DAS FLORES | 22                          |
| Bairro:                                                                                                                        | Cidade:               | Estado:                     |
| PARANG DAS FLORES                                                                                                              | NOVA PARANAMIRIM      | RN                          |
| E-mail:                                                                                                                        | CEP:                  | Tel. (DDD):                 |
| FRANCISCA.SILVA@HOTMAIL.COM                                                                                                    | 59154.030             | 84 99930-2330               |

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

|                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                                           |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| RENDA MENSAL:                                                                                                                                                                                   |                                                      |                                                           |                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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                                                                                                                    |                                                      |                                                           |                                                       |
| <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)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                      | Nome do BANCO: _____                                      |                                                       |
| AGÊNCIA: 4882                                                                                                                                                                                   | CONTA: 000.011.003                                   | AGÊNCIA:                                                  | CONTA:                                                |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                  | (Informar o dígito se existir)                       | (Informar o dígito se existir)                            | (Informar o dígito se existir)                        |

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

## 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:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos: _____                                                                                                                                                                                    | Falecidos: _____                                             |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |

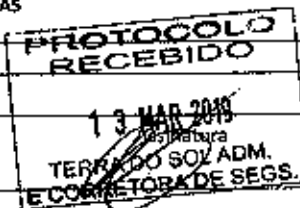
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

|                                                |                                       |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Local e Data: PARANAMIRIM, 08/02/2019 |
|                                                | Nome: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA     |
|                                                | CPF: 889.169.952-72                   |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO           |                                       |
| CARLOS CESAR SILVA FERREIRA                    |                                       |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |                                       |

### TESTEMUNHAS

|          |      |
|----------|------|
| 1º Nome: | CPF: |
| 2º Nome: | CPF: |

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

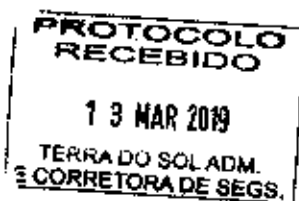
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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



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 Nº 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

## 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 - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO  
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA  
LIGAÇÃOCONTATO 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 MARTA LACERDA

Bairro:

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

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

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO 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: 010001

Apoio:

## OBSERVAÇÕES

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

Observação: RETIFICANDO NOME DA ACADEMIA "BURNFITNES"

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 - CLAUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO  
PROTOCOLO DE TRAUMA

## REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQU

P:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

▼

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

1 2

Vaga Zero

## PERTENCOS

Nome receptor:

Descrição dos pertencos:

Ass:

Cargo receptor:

Local deixado pertencos:

Data:

1 1 1

## ACIDENTE EM TRABALHO?

Sim Não

## VIGILÊNCIA A VULNERÁVEL?

Sim Não

# 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

# Declaração de Residência

Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

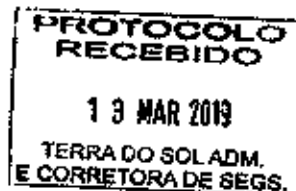
Eu, José Cesar Silva Ferreira portador do  
CPF nº 074.184.952-72, declaro para fins de Certificação Digital que  
resido no seguinte endereço:  
Rua/Av./Trav: Rua Reginha das Flores  
Nº 52 CEP: 13110-000  
Bairro: Parque das Flores  
Cidade: Itapecuru Mirim  
UF: PA

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: 29/05/14

José 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 Nº                                               |  | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL |                       |                                     |                       | UF <u>RJ</u>                    |  |
| ENDEREÇO<br><u>Rua Passaer dos Flores 22 - Casa 07</u> |  |                                         | NÚMERO<br><u>1071</u> | BAIRRO<br><u>Passaer dos Flores</u> |                       | CEP<br><u>15191-154 - 21310</u> |  |
| MUNICÍPIO<br><u>Rio de Janeiro</u>                     |  | SEGMENTO<br><u>101</u>                  | ÁREA<br><u>1041</u>   | MICROÁREA<br><u>102</u>             | FAMÍLIA<br><u>111</u> | DATA<br><u>27-11-1981</u>       |  |

[illegible]

| PESSOAS DE 0 A 14 ANOS                                                                                           | DATA NASC. | IDADE | SEXO | FREQUÊNCIA NA ESCOLA |     | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU OUTRA CONDIÇÃO REFERIDA (sigla) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|------|----------------------|-----|----------|-------------------------------------------|
|                                                                                                                  |            |       |      | sim                  | não |          |                                           |
| <br>Des Marcos<br>Matr: 12405 |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |
|                                                                                                                  |            |       |      |                      |     |          |                                           |

**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  
TB - Tuberculose

**HAN - Hanseníase**  
**MAL - Malária**

**Claudia Francisca da Silva**  
Diretora  
MATRÍCULA 8859

**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 LDM  
Chamadas Originadas  
Serviço Wi-Fi

**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 - 10500  
FAX: 2010.9010 | DEF. AUDIÇÃO: 0800.884.5961

**Nota Fiscal de Serviços de Comunicações**

Modelo 21

Série Única CFOP 5307

Nº 24827

Data de emissão: 01-02-2019

Usuário: 1734702 João 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:

| 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              |
| 14-12 a 13-01     | 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****VENCIMENTO****06-02-2019**

Valor da Mensalidade

**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 à nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site [www.cabotelecom.com.br](http://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.

**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 destinada ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 430/2004 - CAT. Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto nº 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331. PROCOM/Natal - R. Uiráio Bartolomeu, 542, Cidade Alta. Tel. 3232-9050.

|      |     |             |              |              |   |                |
|------|-----|-------------|--------------|--------------|---|----------------|
| Itau | 341 | 34191.09156 | 55464.379316 | 43285.778004 | 2 | 77920000010425 |
|------|-----|-------------|--------------|--------------|---|----------------|

**Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA**

|                                                  |                            |                          |           |                                |               |                               |
|--------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|
| Data do documento: 01-02-2019                    | Número do documento: 24827 | Espécie do documento: 17 | Aceite: S | Data processamento: 01-02-2019 | Carteira: 109 | Promissão para: 06-02-2019    |
| Instruções:                                      |                            |                          |           |                                |               | Agência Cedente: 9314/32857-7 |
| Atenção: não receber após 30 dias de vencimento. |                            |                          |           |                                |               | Nosso Número: 109/15554643-7  |
| Usuário: 1734702 João Roberto Ferreira NEVES     |                            |                          |           |                                |               | Valor do Documento: 104,25    |
| Endereço: R SADI MENDES 1022-A                   |                            |                          |           |                                |               | Valor cobrado:                |

SANTOS REIS 59141-085

Assinatura

Rota de compensação



Codigo 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](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 413.039.744 / 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 Lider-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:<br><u>Av. SADI MENDES</u>             | Número:<br><u>4022</u>        | Complemento:<br><u>A</u>            |
| Bairro:<br><u>SANTOS REGIS</u>                  | Cidade:<br><u>PARANAMIRIM</u> | Estado:<br><u>RN</u>                |
| E-mail:<br><u>FRANCISCAFERREIRA@HOTMAIL.COM</u> | CEP:<br><u>59141-085</u>      | Tel.(DDD):<br><u>84 9 9930.2330</u> |

Local e Data: PARANAMIRIM, 15 DE FEVEREIRO DE 2019.

Assinatura do Declarante

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

SOS - 112 e si Acom...  
 Del. 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 Teófilo  
 IDADE: 43 anos COR: Branco SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado  
 NATURALIDADE: RN PROFISSÃO: Não sabe PROCEDÊNCIA: Não sabe  
 ENDEREÇO: Rua José dos Reis, 123 Bairro: Centro  
 CIDADE: Parnamirim DATA: 24/11/2018 HORA: 14:00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE SEM ☐ 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 em razão de colisão com o carro de baixo impacto no lado direito da cabeça e vértebras e fratura de

EXAME FÍSICO: dor em punho (E) e joelho (D)  
 A: Vias aéreas patentes, sem cianose  
 B: MVA em AHT, DRA  
 C: RCR em 21, BNF FC: 78 ABD: plano, flácido e indolor. Pelvis estável e indolor  
 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      | 98.000      |       | 82    |
| <div>PROTOCOLO RECEBIDO</div> <div>13 MAR 2019</div> <div>TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.</div> |                  |            |         |             |       |       |

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura

ORIGINAL



## EXAMES COMPLEMENTARES

Albergo e Paciente

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 ~~ombro~~ punho (E) e joelho (D)  
 - Voltar 75 mg IM  
 - Avo do Ortopedia  
 - Alto do C.G.  
 - Tala axila - pulso (E)  
 - Tala axila - pulso (E)  
 - Tala axila - pulso (E)

Luiz Cláudio  
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
 CRM/RN 15545

- Ponto no ort é medicação IM. Paciente com fratura  
 - ortopedia Paciente com fratura  
 - ortopedia Paciente com fratura

## DESTINO DO PACIENTE

|                                         |                                                                          |                                                               |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE<br>ortopedia | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM<br>HORA _____ PARA _____ |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

RETIROU-SE POR

DECISÃO MÉDICA

A REVELIA

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

ÓBITO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

ENTREGUE

À FAMÍLIA

S.V.O.

I.T.E.P.

Dr. Gustavo Pezzi

CRM/RN 17794

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



## PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: Leandro Silva Fom Prontuário: \_\_\_\_\_

Motivo da Consulta:

Paciente vítima colisão moto e  
carro com dor no punho (E) e  
 Joelho (D)  
Alto do Cirurgião

Luiz Cláudio A.  
Cirurgião de Mão, Punho e  
Cotovelo

Médico

CRM

Data

24/11/18

Encaminhado à especialidade: Ortopedia

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)

Vítima de colisão moto x carro  
apresentando deformidade no punho  
(E) RX com fratura no rádio  
distal do tipo BARTON VOLAR com  
indicação de cirurgia.

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

Dr. Gustavo Perzi  
Médico

Médico

CRM-RN 7794

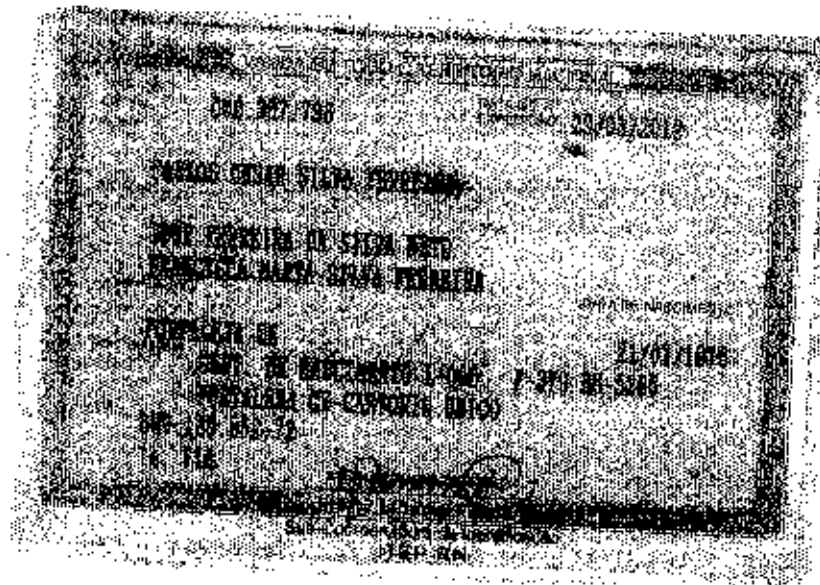
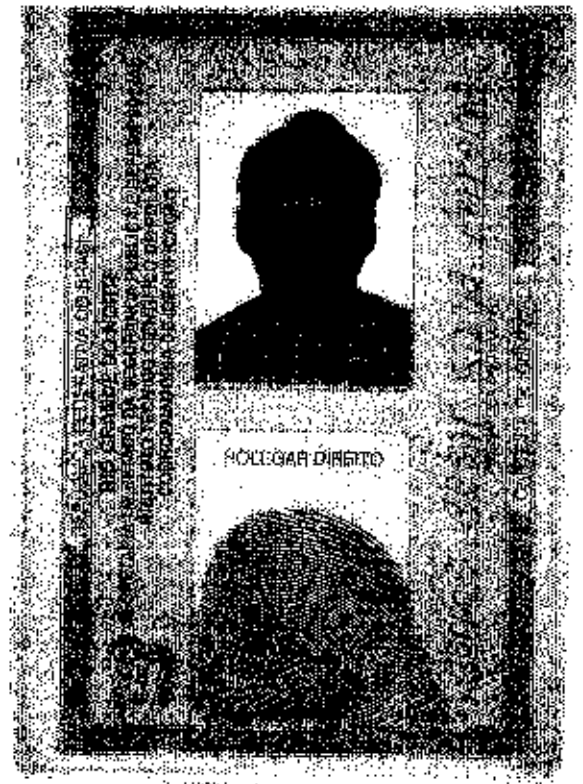
CRM

Data

24/11/18

Retornar à clínica solicitante: \_\_\_\_\_ Unidade: CONEXÃO

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.



RECIBIDO  
13 MAR 2019  
FOTOCOPIA  
FOTOCOPIA DE 8888



## 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, 28 de Fevereiro 2018.

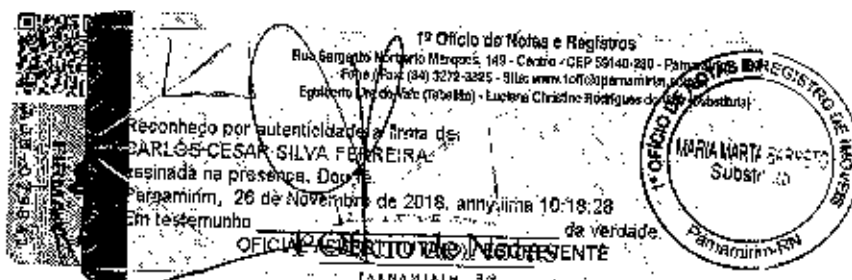
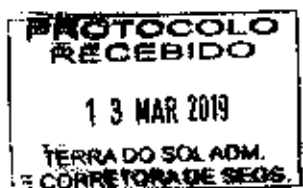
1º Ofício de Notas



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](http://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

---

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

---

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





---

**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