

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051826/19

Número do Sinistro: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

CPF: 124.048.414-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: YURE MEDEIROS DE MELO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 22/05/2019
Nome: FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 071.667.874-81

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA

THIARA VIRGINIA DA HORA

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YURE MEDEIROS DE MELO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YURE MEDEIROS DE MELO

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

Comprovantes de despesas médicas incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

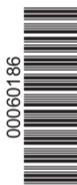
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YURE MEDEIROS DE MELO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: YURE MEDEIROS DE MELO

Valor: R\$ 1.000,00

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000006675-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.000,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YURE MEDEIROS DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 00000006675-8

Nr. da Autenticação 3371A9176686B0BE

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121836

Data do acidente: 27/10/2018

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Mossoró

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data: 23/05/2019 17:28:48

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA DIAFISE DO UMERO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	1000,00	1000,00
Total da Análise Atual			1000,00	1000,00

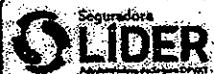
Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: YURE MEDEIROS DE MELO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	1000,00	1000,00	1000,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	1000,00	1000,00	1000,00

TOTAL PLEITEADO: 1000,00 **TOTAL AVALIADO:** 1000,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1000,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



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 ASI:

CPF da vítima:

324.048.414-32

Nome completo da vítima:

Yure Medeiros de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSPENSO N° 45/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Estudante

Rua Pupunha

Cidade:

Estado:

CEP:

Dom Jaime Camara

Mossoró

RN

Tel.(DDD):

(84) 99327-0066

E-mail:

Não Possui

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA DÉCADA DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (541) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os títulos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2380

CONTA: 6675

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalides permanentes, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IMI 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 invalides permanentes com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §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 cômpañheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou cômpañheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____Vítima deixou nascituro (vei nascer)? Sim NãoVítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a Indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impresso:

Local e data: MОССОРО, RN, 05/10/2019

Digitalizado:

Nome:

Última fl.:

CPF:

Assinatura:

Data assinatura:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

RECEBIDO

Assinatura:

12 FEB 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher o RODO. Deve ser feita a leitura completa do RODO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e razoáveis, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito da rotação do conteúdo, antes de assiná-lo.

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 726 7474

029-864893795-5

29/JAN/2019 HORA DF 13:52:43

LOT: 17.019466-3 TERM: 049378
LOCALIDADE: MOSSORÓ
AG. VINCULADA: 2380 CONTROLE: 139488056

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2380 013 00006675-8

YURE MEDEIROS DE MELO

VALOR: 00,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

029-864893795-5

1ª VIA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002947/2019

DADOS DO REGISTRO

→ Data/Hora Início do Registro: 28/01/2019 16:39 Data/Hora Fim: 28/01/2019 17:07
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/10/2018 12:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: BR 304 KM

Bairro: Dom Jaime Câmara

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

→ Nome Civil: YURI MEDEIROS DE MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 10/05/2000

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Antonia Ilha de Medeiros Melo

Nome do Pai: Antonio Gomes de Melo

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA PUPUNHA

Nº: 305

Bairro: DOM JAIME CAMERA

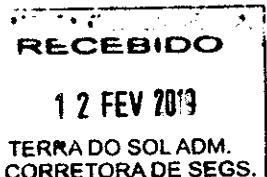
Telefone: (84) 99954-9636 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU A ESSA DELEGACIA NOTICIANDO QUE DIA HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO VINHA EM SUA MOTO UMA HONDA/BIZ 125 KS, PLACA NOG 7E28/RN, DE COR PRETA, ANO 2011/2012, RENAVAM 00419435590, CHASSI 9C2JC4810CR000877, CHEGANDO PRÓXIMO A ANTIGA POLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL NO BAIRRO DOM JAIME CÂMERA QUANDO UM CARRO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VÍTIMA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM E LOGO EM SEGUIDA FREOU CARRO, A VÍTIMA NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU NA TRASEIRA DO CARRO QUE VEIO A CAIR DE SUA MOTO, FICANDO LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SEU PADRASTRO E ENCAMINHADO AO HRTM CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO DE NÚMERO 29677/2018.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002947/2019

ASSINATURAS

Maria Elenice Martins Azevedo
Responsável pelo Atendimento

Yuri Medeiros de Melo
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderrei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 29677 /2018
Admissão: 27/10/2018 12:59:40

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 25538 - YURI MEDEIROS DE MELO (18 a 5 m 17 d)

Nascimento: 10/05/2000

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

Mãe: ANTONIA ILNA MEDEIROS

CPF:

Prof. ASG

Pai: ANTONIO GOMES DE MELO

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 100

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.33153390 84 33153390

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: PESSOA - OUTRO

*Empresa:

OBS: VEIO EM CARRO PRÓPRIO					Classificação: 27/10/2018 12:54:09					PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT:		

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: POLITRAUMA

Hora: 13:12

paciente, 18 a, leitargo de colisão moto - lo
referência 11 dias, apresenta broto em broto e dor intensa.
com solução de continuidade e
CT h- 3 year

A - UT-jerros, P / Unicógnos.
B - MV D, 2/RA, Sat 98%.
C - Hemodinamicamente estável. FC: 78 bpm.
D - ECG 15.
E - Desenho de broto com solução de continuidade e
Abdome: doloroso, inolvidável.

colisão moto - lo
em broto e dor intensa.
HOSPITAL REGIONAL
ESTA CONFORME O ORI
SAME MOSSORÓ 27/10/2018
SAME/ARQUIVOS 13:12

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT
01 Fratral 100mg + 100mg 450 IV			
02 Ipratropio 1500 2 gotas CoFoltox 40	RECEBIDO	12 FEB 2019	
03 Ma Ad NF			TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.
04 Duplicante			
05 Duplicante			
06 Obs			

*Saída: Decisão médica; OutroServiço; Evasão; Óbito Interna: CID
Proc.

ELIANTE GURGEL
TRIPLAIA E TRAMATOLÓGIA
11 2216 6768 TEOF 14293

Data: 27/10/2018 Hr: Ass. Médico:

CIP: 5924 + 586.7
040802035.0

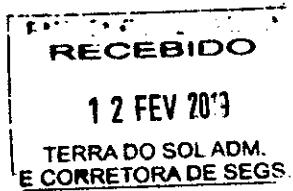
Viperas de cascante de resto concreto
fue dano pez E con inaparavado
de tabaco de 2º P.D. B + fcc
1/3 diente del higo B con suero
inconsciente unico E.

Ad to Clínica Cunha

KEILERTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 2948756 TEC 14283

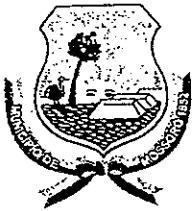
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 27/11/2018
B100

Declaro para os devidos fins que o paciente **Yure Medeiros de Melo**, portador do CPF: **124.048.414-32**, realizou tratamento de fisioterapia no período de Novembro de 2018 à Janeiro de 2019, totalizando **20 sessões** de fisioterapia, no valor de R\$ **1000,00**.




Rafael Maia Morais
FISIOTERAPEUTA
CREFI 211997-F

Rafael Maia Morais
CREFITO 211997-F



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____

Paciente: Yure Meleiros de Melo

Endereço: _____

Idade: 18 anos Sexo: M (X) F () Ocupação: _____

Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Trauma de membro superior e inferior esquerdo.

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já realizado: _____

Impressão diagnóstica: _____

PROFISSIONAL

/ /

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Fisioterapia

Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia _____ / _____ / _____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

RECEBIDO
12 FEV 2013
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Resultado de Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

PROFISSIONAL

/ /

DATA

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº _____)

Oriente-o para retornar a Unidade de origem _____ Município _____

Declaro para os devidos fins que o paciente Yure Medeiros de Melo, portador do CPF:124.048.414-32 realizou tratamento de fisioterapia no período de Novembro de 2018 à Janeiro de 2019, totalizando 20 sessões, no valor de R\$ 1000,00.

As sessões foram realizadas 3 vezes na semana, nas datas: 19/11/18, 21/11/18, 23/11/18, 26/11/18, 28/11/18, 30/11/18, 03/12/18, 05/12/18, 07/12/18, 10/12/18, 12/12/18, 14/12/18, 17/12/18, 19/12/18, 21/12/18, 02/01/19, 04/01/19, 07/01/19, 09/01/19 e 11/01/19.

Foram realizados exercícios de mobilização articular, liberação miofascial, alongamentos em membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, finalizando com exercícios de fortalecimento e treino de marcha.

Rafael Maia Morais

FISIOTERAPEUTA

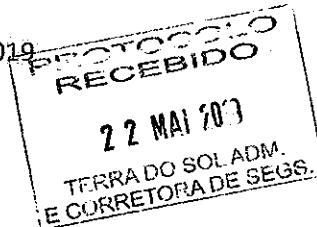
CREFITO 211997-F

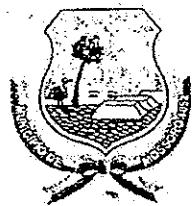
Rafael Maia Morais

Rafael Maia Morais

CREFITO 211997-F

Mossoró/RN, 15 de Maio de 2019





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Município:

Paciente: Yuri medeiros de Melo

Endereço:

Idade: 18 anos

Sexo: M () F ()

Ocupação:

Nome do Responsável:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Trauma vde membro superior e inferior
segundo volecorrente vde acidente autociclistico.
Xelito 20 sessões vde fisioterapia para Ureabilita-
ção

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

Impressão diagnóstica:

Jaby M. C. Freitas
Médica
CRM 7559
PROFISSIONAL

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade:

Fisioterapia

Consulta marcada para a unidade:

Município:

Para o Dr:

às

Horas do dia

/ /

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada:

Município:

PACIENTE:

Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

*PRONTUÁRIO
RECEBIDO
22 MAI 81
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGU*

PROFISSIONAL

DATA

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº _____)

Oriente-o para retornar a Unidade de origem _____ Município _____



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 021.92.35

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 da renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francielio Antônio de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.667.874 / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yure Medeiros de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.048.434 / 32,

do sinistro de DPVAT cobertura Dam, da Vítima Yure Medeiros de Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.048.434 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

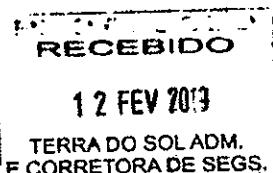
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Rupunha</u>	Número:	<u>305</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Dom Jaime Câmara</u>	Cidade:	<u>Mororó</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>			CEP:	<u>59628 - 561</u>
				Tel.(DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Mororó - RN 05/02/2019

Francielo Antônio de Oliveira

Assinatura do Declarante





JO

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 25538 - YURI MEDEIROS DE MELO (18 a 5 m 17 d)

Nascimento: 10/05/2000

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARD

CNS:

CPF:

Prof: ASG

Mãe: ANTONIA ILNA MEDEIROS

Pai: ANTONIO GOMES DE MELO

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 100

Bairro: AEROPORTO

CEP: 59607100

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.33153390 84 33153390

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: PESSOA - OUTRO

*Empresa:

OBS: VEIO EM CARRO PRÓPRIO					Classificação: 27/10/2018 12:54:09 PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: POLITRAUMA

Hora: 13:12

Paciente, 18 a, vítima de colisão moto - lo
apresentava 11 dias, apresenta frato em braço e pé
com solução de continuidade e dor intenso.

HOSPITAL REGIONAL
ESTÁ CONFORME O ORIG.
SAME MOSSORÓ 27/10/2018

SAME/ARQUIV

A - UT: feridas, P: Unipolgia.

B - M: D: 2/RA Sat: 98%

C - Hemodinamicamente estável. FC: 98 bpm.

D - ECG 15 -

E - Desenho de frato com solução de continuidade e

Abdome: Flácido, inofeso.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINATURA
1) Paracetamol 100mg + 100mg 1500 IV				13:30/10/2018
① 3125g 46 1/2 dias 2 dias Cefalosporina 50	RECEBIDO		12 FEB 2019	
② Ma 01/02		TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.		
③ Duplo Dose 1/2				
④ Duplo Dose 1/2				
⑤ Oss				

*Saída: () Decisão médica; () Outro Serviço; () Evasão; () Óbito () Internia: CID

Proc.

SILVANTE GURGEL

TRIPEDIA E TRAUMATOLOGIA

11 3266 6766 TECOT 14293

Data: 1/18. Hr: : Ass. Médico: _____



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente YURI MEDEIROS DE MELO (Fia: 4584/2018), CPF:12404841432.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 27 de Outubro de 2018.

Antônia Ferreira Medeiros Melo
Paciente ou responsável

DATA 30/10/18
Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 31/10/18

Laura Ferreira
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30.11.2018

SAME/ARQUIVO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689			
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE YURI MEDEIROS DE MELO (8 - 4584/2018)	6 - N° DO PRONTUÁRIO 204215			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 10/05/2000	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR PARDA	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE ANTONIA ILNA MEDEIROS MELO	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 84 33153390			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL YURI MEDEIROS DE MELO	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 84 33153390			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) OLHO DAGUA VELHO, 1 - ÁREA RURAL DE MOSSORÓ	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORÓ	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59649899

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*PX Vm(VS) DLSM (Xb)S +
Vfse Tm*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

USm A. Vm

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Um + (X) RDS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

24 - CID 10 PRINCIPAL

S42.4

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V19.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DE EPI-CONDILÓ / EPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

40802030

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIR

2

() CNS (X) CPF

0487513456

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

KEILERTE RENES GURGEL PAIVA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/10/2018

35 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 30.11.2018 SAMERANQUIL
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)	



301-4

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: YURI MENEIROS DE MEL

Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
27/10/18	EXPOSSA INGÊNHERO DE UNICAMP DISM/ Q2
	+ VER TENDENCIAS EXISTENTES EM PC' Q2
	REVISANDO UNICAMP DRUGS + TENDENCIAS

PRESCRIÇÃO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome YURI MEDICOS DE MEL Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FK EX/2500 INFLAMACAO DE VAGINA X

Indicação terapêutica: LEVA TENS/2000 P/ O2

TENS/2000 > VAGINA DRENAGEM

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador GVRAGL

1ª Auxiliar: WIS FERREIRA

2ª Auxiliar: PFM 2019

3ª Auxiliar: PFM 2019

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 30.11.2018
SANEARQUITO BIM

Instrumentador: _____

Anestesista: VLW

INTERVENÇÃO

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

Limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

- RCT 001, SAB ANESTESA
 ASSISTENTE 1 ANESTESA + CME
 LIMPAR VAGINA CEFALO EM VAGINA 6 P/ O2
 SUTURA EM VAGINA
 TENS/2000 DE 60WAT 0.5 100
 VAGINA TENS/2000

Diego Avel de Lima
CRM-PB 1416
CRM-PB 25559
FEO 15457

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

Nome: YURI MEDEIROS DE MELO 18 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 210-2

DATA DA ADMISSÃO: 27/10/18

MOSSORÓ-RN

Código:

DATA	EVOLUÇÃO			
28/10/18	<p>2 DIH: FX EXPOSTA DE UMERO DISTAL ESQUERDO + LESÃO TENDINEA EXPOSTA DE EXTENSORES DO PÉ ESQUERDO</p> <p>REFERE DOR.</p> <p>DIURESE FISIOLÓGICA.</p> <p>Neurovascular sem alteração.</p> <p>CD: VPM</p>			

DATA	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SF0,9% 1500ML EV PARA 24H	1 ² 2 ² 3 ²
3	CEFALOTINA 1G + ABD EV 6/6H	10 16 22 04
4	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 16 22 04
5	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N	5/8
7	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	10
8	CURATIVO DIARIO	
9	SSVV+CCGG	

Alt. programado p/ Amelie Agnelli
 18h de Alt. de fcl.



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 30.11.2018

SANZERINO/JO

31/11/2018

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

Nome: YURI MEDEIROS DE MELO 18 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 2102

DATA DA ADMISSÃO: 27/10/18

MOSSORÓ-RN Código:

DATA	EVOLUÇÃO	30/10		
		10	16	22
29/10/18	<p>3 DIH; FX EXPOSTA DE UMERO DISTAL ESQUERDO + LESÃO TENDINEA EXPOSTA DE EXTENSORES DO PÉ ESQUERDO</p> <p>REFERE DOR.</p> <p>DIURESE FISIOLÓGICA.</p> <p>Neurovascular sem alteração.</p> <p>CD: VPM</p>			

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO,9% 1500ML EV PARA 24H	10 16 22 04
3	CEFALOTINA 1G + ABD EV 6/6H	10 16 22 04
4	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 16 22 04
5	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
6	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N	SA
7	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	10
8	CURATIVO DIARIO	
9	SSVV+CCGG	

Dr. Rodrigo Jales Barrett
 Ortopedia e Traumatologia
 Cir. Do Joelho
 CRM-RN 4759 TECOT-1172

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 30.11.2018

30/10/2018
 SAME ARQUIVO

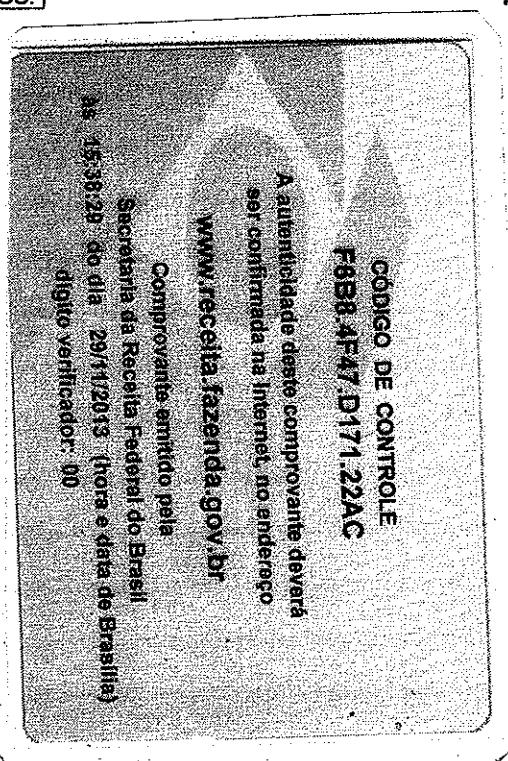
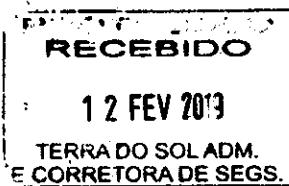
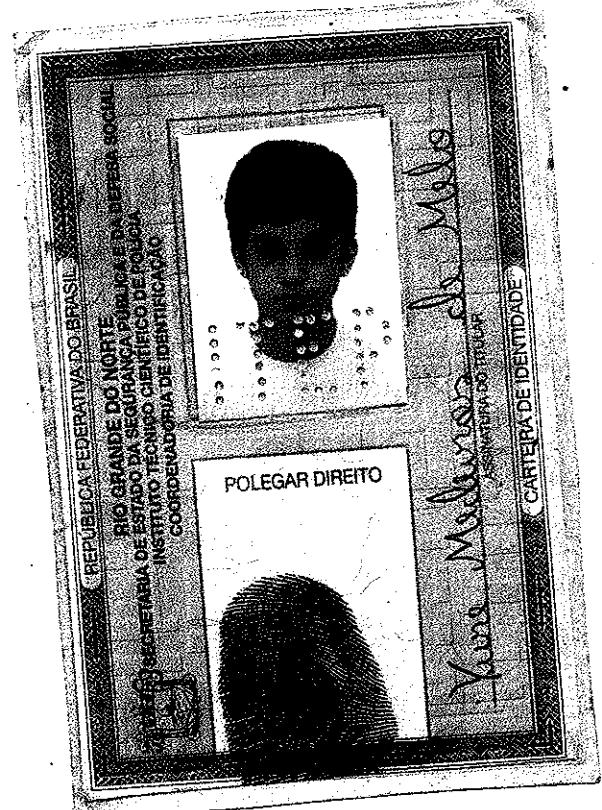
CIP: 5424 + 586.4
040802035.0

Vérbum de descendente de nroto concreto
fco domo p^o E con inapreciavel
de Efecto do 2º P.D.B + fco
1/3 dintel do hno ^o B con perfum
incompleto unico E.

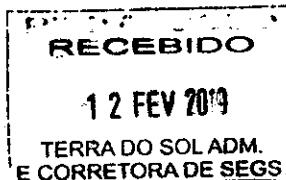
ad ho. Cílio Cunha

KELLENTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-SP 04756 TECF 34283

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINA
SAME MOSSORÓ 27/11/2018
B. M. S.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO	012.673-613
SÉRIE	
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/08/2010
DATA DE NASCIMENTO	15/06/1985
NAME	FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	ANTONIO ALFREDO DE OLIVEIRA MARIA MARGARINA DE OLIVEIRA
NATUADE	MESSORO, RN
DOC. ORIGEM CERT.	DE NASCIMENTO L-A113
DOC. DESTINO	F-138 RG-74139
RESERVO R.N-2 TERRITÓRIO	<i>Assinatura</i>
CPF	071.667.814-81
21. VIT	<i>Assinatura</i>
Assinatura de autoridade competente	
LEI N° 7.110 DE 29/03/83	



CONTROLE

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURO
DA VIDA, DA SAÚDE E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nº 013832150330

DETAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RN N° 013832150330 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURADOR/AGENTES DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE UTEIS, ESTRE, OUFOR, CARGA, PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NAO TRANSPORTADAS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAALTAIR.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	2	COD. RENAVAM	00419435590	RNTRC	2018
PLACA	NOG7428/RN	EXERCÍCIO	2018	DATA EMISSÃO	18/01/2019
ESPECIE/TIPO	PASSAGEIRO/MOTONET/NAO APPLICAVEL	PLACA	NOG7E2V	EXERCÍCIO	2018
CATEGORIA	CAP/PO/TCU	CHASSI	9C2JC4810CR000877	DATA EMISSÃO	18/01/2019
MARCA/MODELO	HONDA/BIZ 125 RS	OPF/CNPJ	124.048.414-32	PLACA	NOG7E28
CATEGORIA	UCV/124 CILINDRADAS	ANO FAB.	2011	MARCA / MODELO	HONDA/BIZ 125 RS
PARTICULAR	VENC. COTA UNICA	ANO MOD.	2012	NO CHASSI	9C2JC4810CR000877
PRETA	1º PAGO	OPF/CNPJ	00419435590	PLACA	NOG7E28
VENC. COTA UNICA	08/2018	ANO FAB.	2011	CAT. TAB	9
1º PAGO	2º PAGO	CAT. TAB	9	EXERCÍCIO	2018
2º PAGO	3º PAGO	EXERCÍCIO	2018	DATA DE PAGAMENTO	18/01/2019
PRÉMIO TARIFÁRIO					
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
1º PAGO	2º PAGO	3º PAGO	4º PAGO	5º PAGO	6º PAGO
1º PAGO	2º PAGO	3º PAGO	4º PAGO	5º PAGO	6º PAGO
CUSTO DO BILHETE (R\$)					
PAGAMENTO					
COTA ÚNICA					
PAGAMENTO					
PARCELADO					
OBSERVAÇÕES					
NOTA: COTA UNICA 0877					
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
DATA: 08/01/2019					
MISSOURI / RN					
SISTEMA DE REGISTRO DA SEGURO CONTROLE DE DANOS CAUSADOS POR TRANSPORTADAS OU NAO TRANSPORTADAS					

RECEBIDO
12 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

DEZ-2017

CNPJ 05.248.603/0001-04

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Yure Medeiros de Melo	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Estudante	
IDENTIDADE:	CPF:	124.048.234-32
ENDEREÇO:	Rua Purpunga nº 305 Dom Jaime comodo	

OUTORGADO

NOME:	Francielio Antonio de Oliveira	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Getsemo	
IDENTIDADE:	CPF:	071.664.874-81
ENDEREÇO:	Rua Purpunga nº 305 Dom Jaime comodo	

NOME DA VÍTIMA: Yure Medeiros de Melo.

DATA DO ACIDENTE: 27/10/2018 COBERTURA: Danos

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Mossoró RN 29/04/19
LOCAL E DATA

Yure Medeiros de Melo
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECEBIDO 12 FEB 2019
TENHA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

2º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Sáenz Dumond, 10 - Centro
Mossoró-RN Fone: (84) 3017-4278

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE
de Yure Medeiros de Melo
Mossoró (RN) 29 JAN 2019
Em Teste AH da verdade
Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELÍA
Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
Luzinete Kanny Mendonça Fernandes - SUBSTITUTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051826/19

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

CPF: 124.048.414-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: YURE MEDEIROS DE MELO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA : 071.667.874-81

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

YURE MEDEIROS DE MELO : 124.048.414-32

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 12/02/2019
Nome: FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 071.667.874-81

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA