



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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259986

Vítima: LAIRTON CABRAL MIRANDA

Data do Acidente: 18/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAIRTON CABRAL MIRANDA

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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259986

Vítima: LAIRTON CABRAL MIRANDA

Data do Acidente: 18/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAIRTON CABRAL MIRANDA

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

Recebedor: LAIRTON CABRAL MIRANDA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000054904-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Autorização de pagamento

É obrigatório Representante Legal para:



Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

096.035.164-73

Nome completo da vítima

LAÍTON CARVAL MIRANDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LAÍTON CARVAL MIRANDA		CPF titular da conta 096.035.164-73	Profissão ASS. CONTABILIDADE
Endereço RUA ELIAS PELICIANO MAURUGA		Número 443	Complemento
Bairro SANTA DELMIRA	Cidade MOSSOÍ	Estado PA	CEP 59.616-606
Email LAITON.MIRANDA@GMAIL.COM		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0560 DV 013 CONTA NRO. 00051904 DV 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

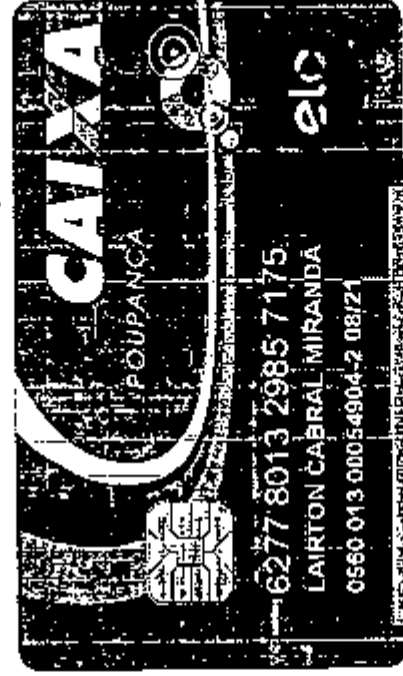
MOSSOÍ, 25 de MARÇO de 2019

Local e Data

+ Laíton Cabral Miranda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 0203319

9

1 - LOCAL E DATA

Local R. JOSEDA L. RODRIGUES Bairro BOCA THARIM
Cidade MOSSORÓ P. Ref. RAMILHA
Data 15/02/2019 Hora do acidente 06:40 Hora do registro 07:32 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Chuva ☐ - Outros: _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 420-244 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. FORD FOCUS TRENDING Cor BRANCO Ano 2008
Proprietário EDSON PABLO DA SILVA Nº de Ocupantes 02
Condutores EDSON PABLO DA SILVA Data de Nasc. 01/01/1967
Endereço R. RUA OLÍMPIA Nº 05 Fone 9112-6296
Bairro MOSSORÓ Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 034.019.119-72 CNH Nº 06392747166 Validade 19/01/2023 Categoria AB
Local de Trabalho TRABALHO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____

Boletim de ocorrência



4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 600-0922 Cidade MOSSORÓ UF RA
Marca/Mod. HONDA HRX 150 Cor VERMELHA Ano 2018
Proprietário WILSON CARVALHO DE MORAES Nº de Ocupantes _____
Condutores WILSON CARVALHO DE MORAES Data de Nasc. 04/25/1992
Endereço R. RUA OLÍMPIA Nº 56 Fone 9112-7121
Bairro MOSSORÓ Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 034.019.119-72 CNH Nº 06344932018 Validade 30/1/2019 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOLRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? R. JOVENIL WANDERLINE
Em que sentido? SENDO BILHETE / PROVA Em que faixa? _____

Versão do condutor: VINIL JERONIMO, QUANDO UM OLHO DO LADO DA
QUE CADA UM A VÍDEO TEMO TEMPO VÍDEO COM TAMBÉM
E O TAMBÉM ESTÁ PARTICIPANDO LENDO, SURADO
E TEMO BILHETE EM MIA.

Assinatura do Condutor do V1 Esteliano Rafael da Silva

SOLRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? R. JOVENIL WANDERLINE
Em que sentido? SENDO / SENO PROVA Em que faixa? _____

Versão do condutor: VINIL JERONIMO, NORMALMENTE, QUANDO DE REPENTE
LOS CADA NA WIKI, DE COMEÇO A ESTÁVEL, ENTÃO
AO TEMO PROVA.

Assinatura do Condutor do V2 Esteliano Rafael da Silva

SOLRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOLRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

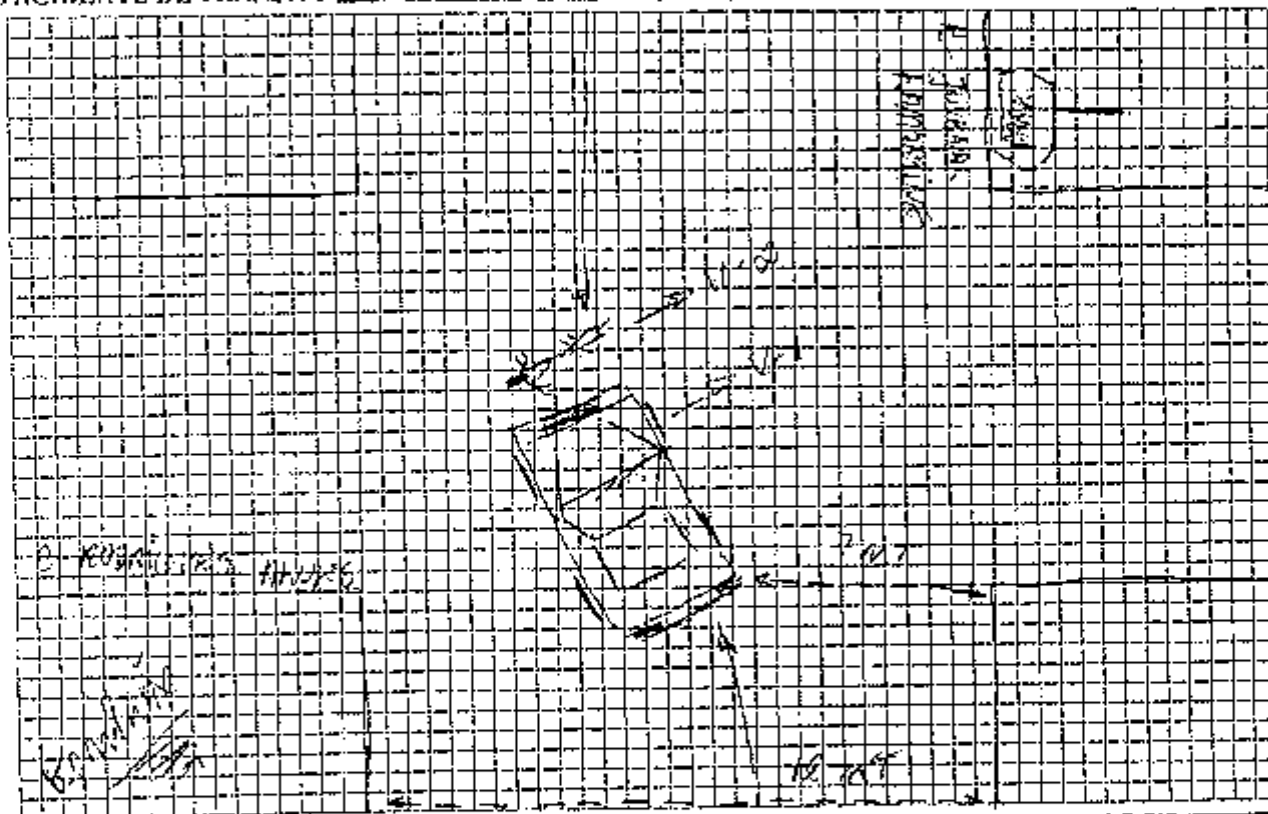
Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Condição Tempo	Tipo da Pista	Curva / Pista	Condição Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reto	☒ Seca	☐ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Amarecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Ingreto	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite w/ Iluminação	☐ Nebulosa	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'água	☐ Falta de Pedestre
☐ Noite w/ Iluminação	☐ Outros: _____	☐ Terra	☐ Declive Ingreto	☐ Oleosa	☐ Lâmba _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros: _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☒ Placa(s) <u>DAVE</u>
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☒ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Mx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno	☐ _____	☐ _____
			☐ Entroncamento	☐ _____	☐ _____
			☐ Bifurcação	☐ _____	☐ _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA - CUBRADO, 2.000

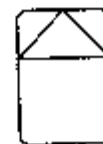
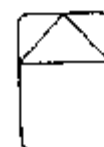


AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARA - CUBRADO (1) PARA - CUBRADO (2)
3 - PISOS (1) CHATIMADO
PARA - CUBRADO



AVARIAS DO VEÍCULO 3



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AITN" CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

SO CONDOR DO LOCAL FOI VERIFICADO QUE V-1
 ESTAVA NA RUA - MURILLO HUMBERTO NO SENTIDO PARA TRAFEGO /
 DEPARTAMENTO V-2 CHAMADO NA MESMA RUA PORQUE EM
 SENTIDO CONTRARIO DURANTE EM UM DETERMINADO MOMENTO
 O CONDUTOR DO RUA RODRIGUES ALVES, VEICULO PROPRIO -
 SINAL COM V-2
 O CONDUTOR DO V-1 PRECIPITOU-SE NO LOCAL MESMO
 O CONDUTOR DO V-2 FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE
 DE POLICIA

Nome Completo do Agente: CHRISTIANOS DE DEUS MACHADO
 POSTO/GRAD.: 2º SGT. PM Nº: 97678 Natureza: DETRAN Submód.: 150000
 Local e Data: ROBBERO de ENK de 2019
 Assinatura do Agente de Trânsito: _____

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: 18/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAIRTON CABRAL MIRANDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000054904-2

Nr. da Autenticação 9B2E351C77E48C01



Tarifa Social de Energia Elétrica (Projeção) nº 19.439, de 20/04/2018
 CONTRA FISCAL - FISCALIA - RECEITAS DO CONTRATO DE ENERGIA
 Companhia Energética do Rio Grande do Sul - CERSA
 Rua Nuno de, 120, 91040-000, Pq. D'Elia, 91040-000, Pq. D'Elia, 91040-000
 CNPJ nº 03.945.001/01 | Ins. Est. nº 00451350 | www.cersa.com.br

LADEE - LADEE 123456
 LADEE - LADEE 123456

LADEE - LADEE 123456
 LADEE - LADEE 123456

CPF 000.000.000-00

DATA DE EMISSÃO DO CONTRATO
 26/02/2019

LADEE - LADEE 123456
 LADEE - LADEE 123456

CONTA CONTRATO 7013195786
 DATA DE VENCIMENTO 26/02/2019
 DATA PREVISÃO PRÓXIMA LETURA 27/03/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 80,93

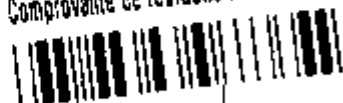
LADEE - LADEE 123456
 LADEE - LADEE 123456
 LADEE - LADEE 123456
 LADEE - LADEE 123456

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

Companhia Energética do Rio Grande do Sul - CERSA
 Rua Nuno de, 120, 91040-000, Pq. D'Elia, 91040-000, Pq. D'Elia, 91040-000
 CNPJ nº 03.945.001/01 | Ins. Est. nº 00451350 | www.cersa.com.br

QUANTIDADE 112,000000
 PREÇO (R\$) 0,42000000
 VALOR (R\$) 47,040000

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

ADMINISTRATIVO DO CONSUMO DESTA FISCAL

PERÍODO	TARIFA	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

PERÍODO	TARIFA	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

PERÍODO	TARIFA	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42	01/01/2019	0,42

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

DESCRIÇÃO DA UNIDADE



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000003143	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 19/02/2019 às 08:21:19	Competência FEV/2019
Código de Verificação LDK035975	Data Presl. de Serviço 19/02/2019

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 08.256.240/0001-63 Inscrição Municipal: 001.098-7
Razão Social: ASSOC.DE ASSIST E PROT A MAT E A INF DE MOSSORO
Endereço: RUA JUVENAL LAMARTINE, 334, 59619-218, CENTRO
Município: Mossoró UF: RN
Telefone: 843316155 848867402 E-mail: contabilidade.apamim@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Comprovante de despesas médicas

Nome/Razão Social: LAIRTON CABRAL NMIRANDA
CPF/CNPJ: 096.035.164-73 Inscrição Municipal:
Endereço: ESTUDANTE EDSON NUNES DE ARAUJO, 56, 59621-600, BARROCAS
Município: MOSSORO UF: RN
Telefone: 84000000 E-mail:



SERVIÇOS

03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGENÊRES

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	VAL. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR REFERENTE A UM DIA DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE SOCUROS PARA PROJEÇÃO NUTRIÇÃO, FISIOTERAPIA E PATOLOGIA ALZHEIMER DIA 19/02/2019	1,0000	1.000,00	1.000,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$ 1.000,00

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 1.000,00	Alíquota (%) 0,0000	Valor do ISS (R\$) IMUNL	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

SEM INFORMAÇÕES

Autenticação: 190219003143
Assinatura do Emissor: 190219003143





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000005561	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 28/02/2019 às 16:23:04	Competência FEV/2019
Código de Verificação HBH156153	Data Prest. de Serviço 28/02/2019

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 09.624.470/0001-09 Inscrição Municipal: 013.129-6
Razão Social: ORTOTRAUMA S/S LTDA
Endereço: RUA DUODECIMO ROSADO, 1.518, 59607-020, NOVA BETANIA
Município: Mossoró UF: RN
Telefone: 84306150 E-mail: ortotrauma.ss@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: LAIRTON CABRAL MIRANDA
CPF/CNPJ: 096.035.164-73 Inscrição Municipal:
Endereço: RUA ESTUDANTE EDSON NUNES DE ARAUJO, 56, 59621-600, SANTO ANTONIO
Município: MOSSORO UF: RN
Telefone: 8496975121 E-mail:

SERVIÇOS

1.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	HONORÁRIOS MÉDICOS (CIRURGIÃO + ANESTESISTA) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÂTELA REALIZADO EM 18/02/2019	1,0000	4.500,00	4.500,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 4.500,00

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 4.500,00	Alíquota (%) 5,0000	Valor do ISS (R\$) 225,00	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza de Operação: Exigibilidade Suspensa por Decisão Judicial
Natureza de Operação: Exigibilidade Suspensa por Decisão Judicial



NICHOLAS ALLERHANDRO SOUZA E SILVA CNPJ: 15.016.313/0001-05

Telefone: (84) 3061-7878

Vendedor: MAIA - BALCAO

Data Emissão: 20/02/2019

ORÇAMENTO PARA LICITAÇÃO

Cliente / Empresa Requerente: CONSUMIDOR FINAL

CPF/CNPJ:

Telefone:

Endereço: ,

Bairro: Cidade: -

ESPACO HOSPITALAR
NICHOLAS ALLERHANDRO SOUZA E SILVA
CNPJ 15.016.313/0001-05
GERENTE

Código	Produto	Quant.	V. Unif.	Desc.	V. Total
477100	MULETA AXILAR PCP M (UND)	2	R\$ 71,90	30,46%	R\$ 100,00
532100	ATADURA CREPE 13F 15CM POLAR F	4	R\$ 1,39	10,00%	R\$ 5,00
820100	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ES	3	R\$ 0,65	15,38%	R\$ 1,65
1504100	SORO FISIOLÓGICO 500ML BICO DO	1	R\$ 3,49	5,44%	R\$ 3,30
1346100	FITA MIC 2,5X4,5 MISNER	1	R\$ 3,99	10,00%	R\$ 3,59

Valida por 30 dias, sujeito a disponibilidade de estoque!

Valor Total: 113,54

NICHOLAS ALLERHANDRO SOUZA E SILVA CNPJ: 15.016.313/0001-05

Telefone: (84) 3061-7878

Vendedor: EMANUELA - BALCAO

Data Emissão: 19/02/2019

ORÇAMENTO PARA LICITAÇÃO

Cliente / Empresa Requerente: CONSUMIDOR FINAL

CPF/CNPJ:

Telefone:

Endereço: ,

Bairro: Cidade: -

Código	Produto	Quant.	V. Unit.	Desc.	V. Total
371100	IMOBILIZADOR JOELHO 70 CM LARG	1	R\$ 115,00	15,65%	R\$ 97,00

Valida por 30 dias, sujeito a disponibilidade de estoque!

Valor Total: 97

EMPREENHIMENTOS GLOBO LTDA L3 135

RUA YELD FRANCO, S/N
CENTRO DOSSORO-BH
CEP: 59.600-165
TELEFONE: (86)5216-4600

CNPJ: 11.828.725/0000-80 IE: 202840786 IN: ISENTO
18/02/2019 13:40:44 NR: 000066784

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	Un	Valor	VTTotal
077403	OXOTRON 62KG C/	1,00	CK	52,49	44,62
071728	CHOC TAB DIAMAN	1,00	UN	2,59	2,59

Qtde. total de itens 2,00
Valor total R\$ 55,08
Desconto R\$ 7,87
Valor a Pagar 47,21

FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$
Cartão 47,21
Troco R\$ 0,00

Consulta pela chave de acesso em
<http://nfce.snf.br/consultarNFCe.aspx>
2419 0211 8287 2500 3889 6900 4000 3687 8410 0066 7845
CONSUMIDOR-CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Número: 66784 Série: 4 18/02/2019 13:40:42
Via Consumidor
Protocolo de Autorização: 324190042386902
Data/Hora: 18/02/2019 13:40:42



PV0001407057
VOCE ECONOMIZOU R\$ 7,87
atendido por: BRUNO VINÍCIUS PADRE DE MORAIS
Vendedor: 1355
PROCON-RUA ULISSES CALDAS, 181-CIDADE A. F-3232-90!
Caixa: 004 Loja: 135 18/02/2019 13:40:44
Link-Itac Gestao PDV: 2.0.33.039

PROJETO CONSUMIDOR

CRISTINA

☐ 130 em cópia simples

☒ Comprovante de entrega

☐ Certidão de União em cópia simples

☐ Laudo de IMI em cópia simples

Sistema documental assinado eletronicamente

Registração

Serena de Lencas 19/02

NICHELAS ALLERHANDRO SOUZA E SILVA
CNPJ: 15.016.313/0001-05 1.E:20.264.827-8

ORÇAMENTO

Código Descrição

2813100 - FILA HIC 5 X 4 SH HICEE
1 x R\$ 6,20 Desc: 10,00 % Vlr. Total: R\$ 5,58
820100 - COMPRESSA DE CAZE 7,5 X 7,5 ES
20 x R\$ 0,65 Desc: 10,00 % Vlr. Total: R\$ 11,70
2860100 - ATACADORA CAEPON 15CM X 1,2CM P0
16 x R\$ 1,40 Desc: 10,00 % Vlr. Total: R\$ 12,60
639100 - OLEO DE GIRASSOL (MESHNY) 180
1 x R\$ 8,50 Desc: 10,00 % Vlr. Total: R\$ 7,65

Items: 4 Desc. Total: R\$ 37 Valor Total: R\$ 37,53

OBSERVAÇÕES

Valida por 30 dias, sujeito a disponibilidade de estoque!

Data e Hora: 27-02-2019 15:11:29

HOSPITAL MATERNIDADE
**ALMEIDA
CASTRO**
RECEITUÁRIO

CRISTIANE P. M. M. M.

no cart.

© Oração 60 — la

tem 1 g de 8 / 8 h em

um de 8 h

© Dipirona — la

tem 1 g de 6 / 6 h

em um de 6 h.

em 150 dias

88061100

Dr. Luis E. C. Almeida Castro
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Praça Cônego Estevam Dantas, Nº 334 - Centro - Mossoró/RN
FONE: (84) 3315-1030

hnaalmeidacastro@hotmail.com

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

Vaivara Cabral M.

USO COM

6/6

01/07/2019 06h - 01ca

Trans 01/09

08/08/19 07h

!

18/02/19

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-OR 4755 TEST - 11724

PRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
A PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

PR: PS-SALA DE MEDICAÇÃO

em: 18/02/2019 10:48:37

Protocol: 45174

Idade:

Coleta Nº: 0009.0005

ISE.....

Método: Enzimático
104 mg/dL

Referencias

Referências			
NEONATAL, PREMATURO	25,00	R	80,00
NEONATAL A TERMO	30,00	R	90,00
CRANÍAS	10,00	R	165,00
NORMAL	10,00	R	99,00

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Método Enzimático
30 mg/dL

References

17.00 3 40.00

TININA.....

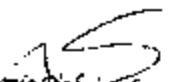
Metodo Enzimática
1,1 mg/dL

Referências

GENERAL 0,70 a 1,20

97. 20. 01. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44 com sucesso

positivo 5.24.10 0 100 1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44
1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44
1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44 1. 13. 2019 11:54:44


Dr. Antonio Ribeiro de A. Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.131-AN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/02/19

SAME/ARQUIVO

LAIRTON CABRAL

MIRANDA (26a)

OBS MASCULINA .1 . 58

CLINICA MEDICA

DATA INTERNAÇÃO
18/02/2019

DATA NASCIMENTO
04/05/1992

Código do Paciente
33998

Nº FIA
847 /2019

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

LAIRTON CABRAL

MIRANDA (26a)

OBS MASCULINA .1 . 58

CLINICA MEDICA

DATA INTERNAÇÃO
18/02/2019

DATA DE NASCIMENTO
04/05/1992

Código do Paciente:
33998

Nº FIA
847 /2019

RISCOS

LESÃO POR PRESSÃO

QUEDAS

ALERGIAS

() Alta () Média () Baixa () Não Aval.

() SIM () NÃO () Não Aval.

() SIM () NÃO () Ignor () Não Aval.



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 LAIRTON CABRAL MIRANDA (Fia: 847/2019).
CPF:09603516473.

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, 18 de Fevereiro de 2019.

Maria de Fátima Cabral Miranda
Paciente ou responsável

Indicação do Estabelecimento de Saúde
OSP RIG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
OSP RIG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Identificação do Paciente.

LAIRTON CABRAL MIRANDA (B - 8472019)

701807250828574

MARIA DE FATIMA CABRAL MIRANDA

LAIRTON CABRAL MIRANDA

ESTUDANTE EDSON NUNES DE ARAUJO 56 - SANTO ANTONIO

MOSSORO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

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

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPI 308010019

2 - LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

2 - LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

MED

2

2 - LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

18/02/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

46 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

47 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

48 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

49 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

50 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

51 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

52 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

53 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

54 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

55 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

56 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

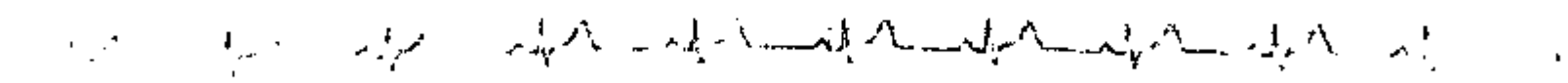
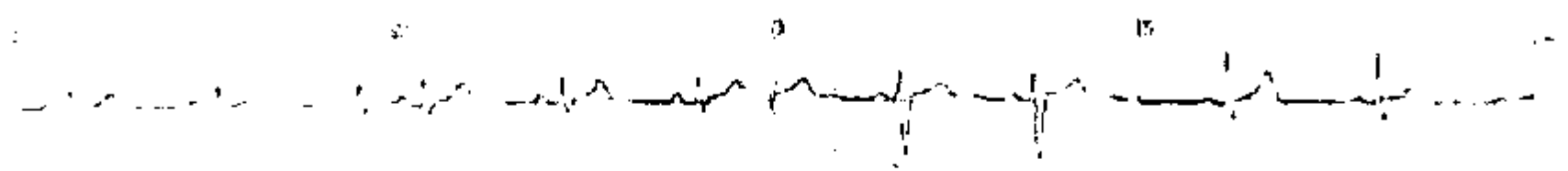
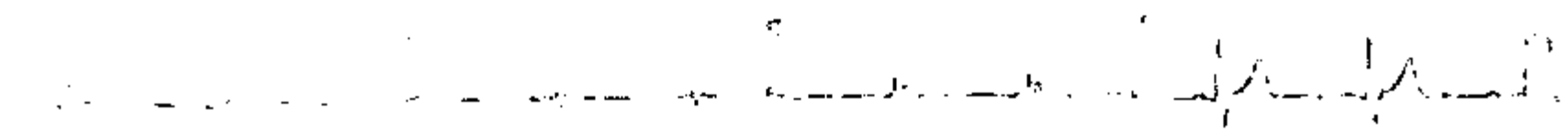
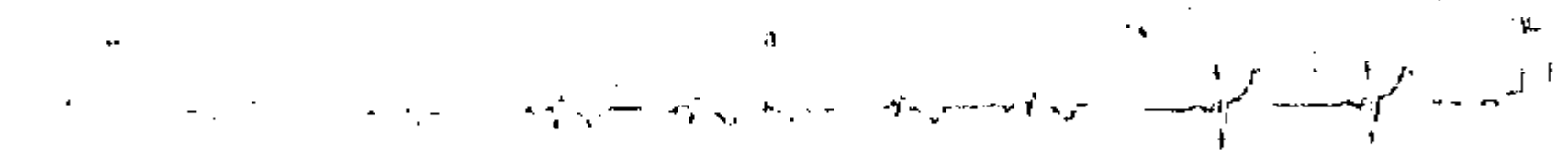
57 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

58 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

59 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

at 1000 ft. 20 sec

1000 ft. 20 sec



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: LAIRTON CARRAL MIFANDA
 Origem: PS-SALA DE MEDICAÇÃO
 Solicitante: CRM 01
 Coleta em: 18/02/2018 10:45:37

Sexo: MASCULINO Idade:
 Protocolo: 48174
 Coleta Nº: 0109 0105

Material: SANGUE

Método: AUTOMATIZADO MICROTOMO

Referência:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

HEMACIAS..... 6,50 milhões/mm³
 HEMOGLOBINA..... 16,4 g/dL
 HEMATOCRITO..... 44,0 %
 VCM..... 81,6 fm³
 HCM..... 25,0 pg
 CHCM..... 35,6 g/dL
 RDW..... 13,0 %

Referência: 4,5 - 5,5 milhões/mm³
 12 - 16 g/dL
 37 - 47 %
 80 - 100 fm³
 27 - 32 pg
 32 - 36 g/dL
 11 - 14 %

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS..... 12400/mm³
 PROMIELOCITOS..... 0% = 0/mm³
 MIELOCITOS..... 0% = 0/mm³
 METAMIELOCITOS..... 0% = 0/mm³
 BASTÕES..... 01% = 124/mm³
 SEGMENTADOS..... 78% = 9672/mm³
 LINFOCITOS..... 15% = 1860/mm³
 LINFOCITOS ATÍPICOS..... 0% = 0/mm³
 EOSINÓFILOS..... 0% = 0/mm³
 BASÓFILOS..... 0% = 0/mm³
 MONOCITOS..... 06% = 744/mm³

Referência: 4000 - 11000/mm³
 0 - 2 %
 0 - 5 %
 0 - 5 %
 0 - 5 %
 45 - 65 %
 20 - 40 %
 0 - 5 %
 0 - 5 %
 0 - 5 %

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS..... 254 mil/mm³

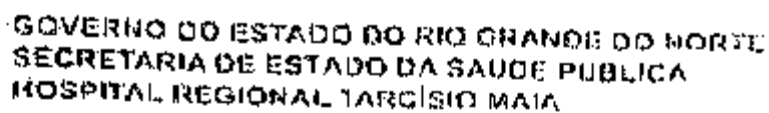
Referência: 150 - 400

DISCRETA LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA



RITA DE CASSIA F B ALBUQUERQUE
 CRM 2027

OS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Nome: Yliorom 123-121 456-7890 Leitor

PRESCRIÇÃO

[illegible]



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

NOME: LAIRTON CABRAL MIRANDA

SOLICITO:

-- 20 SS -- FISIOTERAPIA

INDICAÇÃO: PO de reconstrução de tendão patelar e de polo distal de patela esquerda.
Necessita fisioterapia, porém flexão de joelho somente após a sexta semana.

Mossoró/RN
11/03/2019

Dr. Allan Assunção
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 5494 TETO 8900

Dr. Allan C. Assunção
CRM: 5494-RN

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430
www.orto-trauma.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ROSTRO DIREITO

Lairton Cabral Miranda

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.072.941

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/06/2008

NDIME

LAIRTON CABRAL MIRANDA

FILIAÇÃO

LAZARO MIRANDA MENDES

MARIA DE FATIMA CABRAL MIRANDA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 04/05/1992

MOSSORO RN

DOC ORIGEM

CERT. DE NASCIMENTO L-A-130 F-259 RG-51564

MOSSORO RN-2 CARTÓRIO

CPF

12. VIA

Orsiane Bezerra S. Dantas

LEI Nº 10.406 DE 2004

[illegible]

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receta Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

096.035.164-73

Nome
LAIRTON CARRAL MIRANDA

Nascimento
04/05/1992



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013702636721
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 01147585170 RNTRO 1222222222222222 EXERCÍCIO 2018

Nome: GUILA KATTANE DE ARAUJO FORTES

CNPJ 096.153.254-78

PLACA QG00972

PLACA ANT/VF QG00972/RN

CHASSI 3C2JC70006R018578

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 110i

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP/POT/CL 0CV/109 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICULAR

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA R\$ 0,00

VENC COTA UNICA 25/04/2018

1º PAGO

PAIXA 1.PV/A 002012 3X

PARCELAMENTO/COTAS 25 *****

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: 5,600

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$) ** DPVAT: 5,600

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES: ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54 ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL FONDA LTDA MOTOR: 3C70E0J015694

MOSSORO/RN

DATA 28/03/2018

Sidney Roberto da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE TERCEIROS CAUSADO POR VEICULO
ALUMOTORES DE VIA TERRESTRE E AEREA E SUAS CARGAS E PESSOAS
E TRANSPORTADORA OBTINAO SEGURO DPVAT

RN Nº 013702636721 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 28/03/2018

VIA 1 CDD. RENAVAM 096.153.254-78 RNTRO 1222222222222222 EXERCÍCIO 2018

PLACA QG00972

CHASSI 3C2JC70006R018578

1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 00.242.608/0001-04

JUL-2017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116207/19

Vítima: LAIRTON CABRAL MIRANDA

CPF: 096.035.164-73

CPF de: Próprio

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Outros



Data do acidente: 18/02/2019

Titular do CPF: LAIRTON CABRAL MIRANDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LAIRTON CABRAL MIRANDA : 096.035.164-73

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: 04/04/2019
Nome: LAIRTON CABRAL MIRANDA
CPF: 096.035.164-73

LAIRTON CABRAL MIRANDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Seguradora Líder - DPVAT



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LAIRTON CABRAL MIRANDA
 DATA DO ACIDENTE 04/05/1992 CPF DA VÍTIMA 096.035.164-73
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO LAIRTON CABRAL MIRANDA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É LAIRTON CABRAL MIRANDA
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Elias Feliciano Madurega
 Nº 143 COMPLEMENTO PARQUE VERDE BAIRRO SANTA DELMIRA
 CIDADE MOSSORÓ UF RN CEP 59616-606
 E-MAIL lairton_miranda@hotmail.com TELEFONE (84) 99697-9121

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/03/2019
 IDENTIDADE 003.072.941
 ASSINATURA Lairton C. Miranda

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190259986**Data do acidente:** 18/02/2019**Vítima:** LAIRTON CABRAL MIRANDA**Atendimento:** HOSPITAL**Cidade:** Mossoró**UF:** RN**Análise:** Primeira Análise**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**Data:** 16/04/2019 15:27:24

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT ENVOLV MULT REGIOES DO CORPO FRAT ENVOLV REGIOES
MULT DE UM MEMBRO INFER -**Internação:** Não**Tratamento:** CIRURGICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.26.24-7	RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	4500,00	4500,00
Total da Análise Atual			4500,00	4500,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** AS DEMAIS DESPESAS NÃO FORAM PLEITEADAS VISTO QUE O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: LAIRTON CABRAL MIRANDA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	4500,00	4500,00	2700,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	4500,00	4500,00	2700,00

TOTAL PLEITEADO: 4500,00**TOTAL AVALIADO:** 4500,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116207/19

Vítima: LAIRTON CABRAL MIRANDA

CPF: 096.035.164-73

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 18/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAIRTON CABRAL
MIRANDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LAIRTON CABRAL MIRANDA : 096.035.164-73

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: 04/04/2019
Nome: LAIRTON CABRAL MIRANDA
CPF: 096.035.164-73

LAIRTON CABRAL MIRANDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES