PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234316/18

Número do Sinistro: 3180299715

Vítima: GONCALO ESTEVAO DA COSTA

Data do acidente: 18/02/2018

CPF: 035.637.844-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GONCALO ESTEVAO DA COSTA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO : 023.503.634-06

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 18/10/2018	Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO	Nome: Aline Luiza Silva de Morais Carvalho
CPF: 023.503.634-06	CPF: 011.942.284-02
JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO	Aline Luiza Silva de Morais Carvalho

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GONCALO ESTEVAO DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180526249**
Vítima: **GONCALO ESTEVAO DA COSTA**
Data do Acidente: **18/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180526249.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GONCALO ESTEVAO DA COSTA**

Sinistro: **3180526249**
Vítima: **GONCALO ESTEVAO DA COSTA**
Data do Acidente: **18/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180526249** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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.

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 entre 16 e 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	Nome completo da vítima
	035.637.844-69	Gonçalo Estevão da Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Gonçalo Estevão da Costa		CPF titular da conta: 035.637.844-69	Profissão: vaqueiro
Endereço: Pe riacho do bom parto		Número: 440	Complemento: casa
Bairro: Zona rural	Cidade: Serrinha	Estado: RN	CEP: 59258-000
Email: Não possui			Telefone (DDD): (84)98829-9533

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] 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

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 2008 DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 86457 DV: 0 (informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

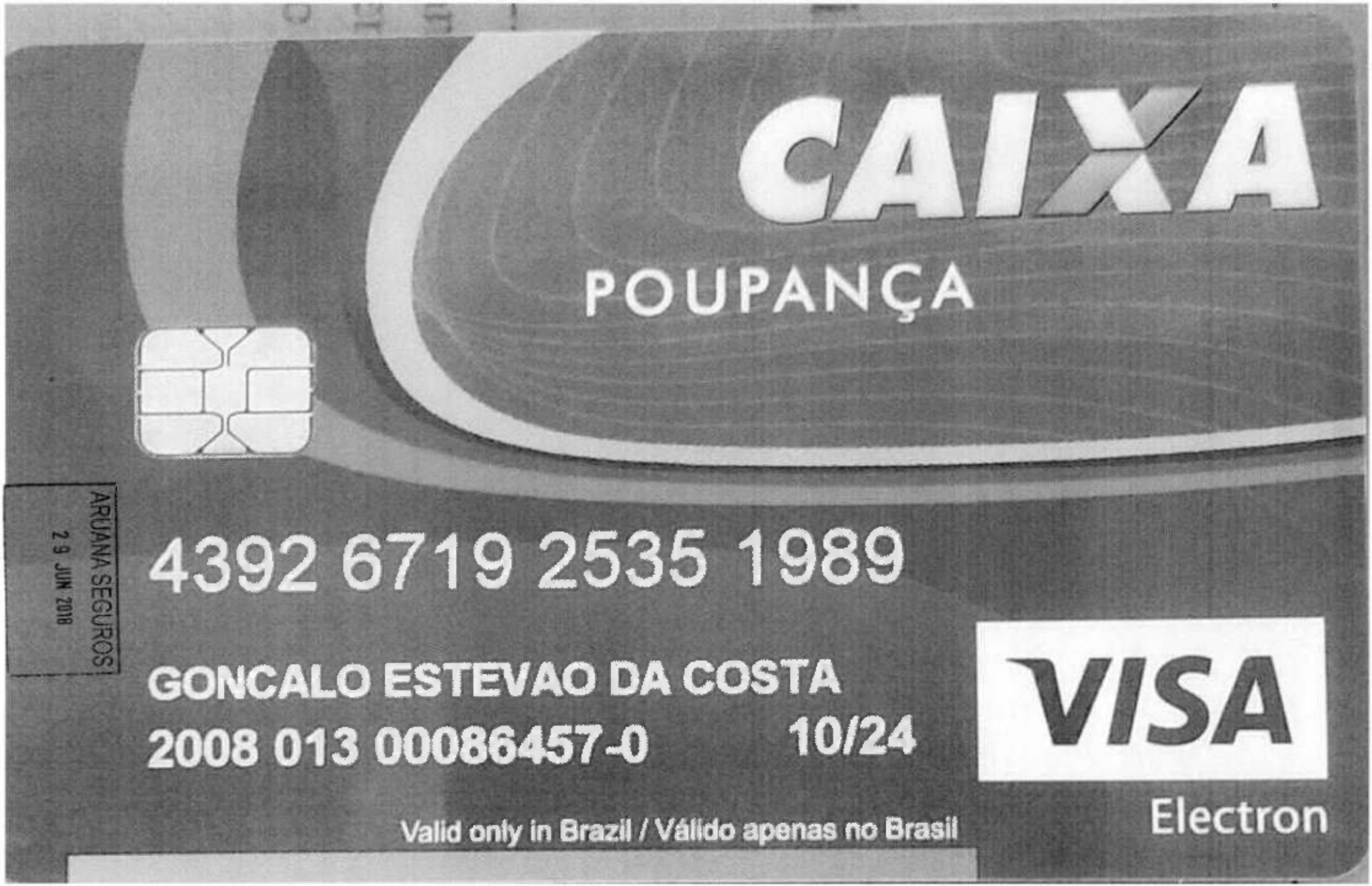
Natal, 29 de junho de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

+ JOSÉ AUDI DE LIMA PINHEIRO
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 184, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018092000123
1.2 Data de Expedição: 22/02/2018 10:35:33
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/02/2018 17:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Rural
2.7 Logradouro: RUA DR MARIO CAMARA
2.8 Número: 717
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: JANUÁRIO CICCO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GONÇALO ESTEVAO DA COSTA
3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Nome Social:
3.4 Pai:
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: ANALETE CORREIA DE MELO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 09/07/1974
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.14 RG: 1669076 - SSP RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 99
3.18 Naturalidade: SERRINHA/RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA MARIA DO ROSARIO
3.23 Cidade: JANUÁRIO CICCO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) **(NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)**

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) **(NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)**

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) **(NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)**

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA NO DIA E HORA ACIMA CITADO E DISSE QUE ESTAVA SAINDO DO TRABALHO EM SUA BICICLETA, QUANDO A AMBULANCIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE BOA SAÚDE; QUE O VEÍCULO AO FAZER UMA ULTRAPASSAGEM NA PISTA PRINCIPAL DA CIDADE BATEU NO GUIDÃO DE SUA BICICLETA; QUE A VÍTIMA FOI JOGADO PARA O LADO FORA DA PISTA E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO NO LOCAL E FRATUROU A MÃO ESQUERDA; QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL. NADA MAIS.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS **(ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 22/02/2018 10:35:33

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2201291 - JERLANE JOELLE SILVA
Impresso por: 2201291 - JERLANE JOELLE SILVA em 22/02/2018 10:35:54

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

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: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GONCALO ESTEVAO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000086457-0

Nr. da Autenticação B747B0180C9174D9

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JANUÁRIO CICCO
Rua Dr.Mario Câmara 717 - Centro-Boa Saúde/RN
CEP 59.260.000 Fone (84) 3256 2221
Email:smsjanuariocicco@rn.gov.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA Nº 02

Nome: Gonçalo Catulam da costa
Nome da mãe: Eloisa Correia
D.N. 03 / 04 / 1944 Idade: 73 anos Cor: Pardo Sexo: M Est. Civil: casado

RG Nº. — CNS: — Naturalidade: Serrinha
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Maria do Rosário Bezerra tel.
Bairro: Centro Cidade: Boa Saúde Data: 18 / 02 / 2018 Hora: 18 : 18

Condições do paciente ao ser atendido

Aparentemente Bem [X] Regular [ ] C/ Dispnéia [ ] Chocado [ ] Comatoso [ ]
C/ Hemorragia [ ] Em Convulsão [ ] Politraumatizado [ ] Agitado [ ] outros [ ]

Causa do acidente: Trânsito Trabalho

Temp.	Resp.	Pulso:	HGT	TAS	Peso:
				120/30	

Exame Clínico

Queixa de trauma em mão esquerda há 30 min, com dor em articulação e edema leve.

Hipótese Diagnóstica

trauma

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

Encaminhamento do paciente

[ ] Hematologia [ ] Neurologia [ ] Nefrologia [ ] Cir. vascular [ ] Endoscopia
[ ] Clínica médica [ ] Cirurgia geral [ ] Ortopedia [ ] Buco facial [ ] Urologia
[ ] Neurocirurgia [ ] Otorrino [ ] Oftalmologia [ ] C. Plástica [ ]

CONDUTA

Darcson Nogueira Dantas Filho
Enfermeiro
COREN/RN 374472

① Diquevero 500mg - 01 amp + ABD - EV
② Decadron 2mg/ml - 5 amp + ABD - EV
③ Voltaren 75mg/3ml - 01 amp - IM 19:02

Darcson Nogueira Dantas Filho
Enfermeiro
COREN/RN 374472

Dr. Daniel Medeiros
Médico
CRM/RN 2140

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

☐ Ficou no local Hora hs	☐ Internado no Serviço de _____	Removido em ____/____/____ Hora _____ Para _____

RETIROU-SE

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A REVELIA

Data ____/____/____ Às _____ Hs

Óbito em ____/____/____ Às _____ Hs

Entregue ☐ A Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P.

_____ Médico-Carimbo

_____ Enfermeira (o)

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **8227 /2018**
Admissão: **20/02/2018 19:45:23**

FATURAD
OK
EM ___/___

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:62284 - GONCALO ESTEVAO DA COSTA (43 a 7 m 11 d)
Nascimento: 09/07/1974 Natural: SERRINHA.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 700508790891155 CPF: Prof:
Mãe: ANALETE CORREIA DE MELO Pai: JOSE ESTEVAO FILHO
Logradouro: MARIA DO ROSARIO , 99
CEP: 59260000 Bairro: CENTRO Cidade: JANUARIO CICCO
Telefone:84.988299533 Compl: BOA SAUDE

Motivo: ATROPELAM. POR CARRO **Tipo:** REFERENCIADO
Origem: AMBUL. INTERIOR *Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:
OBS:	Classificação: 20/02/2018 19:37:18

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA
Queixas: fratura em 1 metacarpo da mao E
Hora:___:___

EXAME FISICO (PRIMARIO)
A
B
C
D

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 14/02/2018
MAT. Nº 46.273.0
SAME
ASSINATURA

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID FRATURA DE BENET

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 20 de Fevereiro de 2018.

2º METACARPO

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ Á Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 14/05/2018
MAT. Nº 228-8
SAME
SINATURA

Marcom M. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3642

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

TARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Boa Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

SaúdeeFamília

RECEITUÁRIO

AO HOSP. MONSENHOR
WALFREDO GURGEL.

ENCAMINHO GONÇALO ESTEVÃO
DA COSTA, 44 anos, COM FRATURA EM
1/3 PROXIMAL EM 1º METACARPO DA MÃO ESQUER-
DA APÓS COLISÃO COM ESTACIONADO DE AMBULANCIA.

NECESSITA DE AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA.

20/02/18

Rua Dr. Mário Câmara, 717, Centro · Fone: (84) 3256-2221
CNPJ: 11.485.886/0001-27 – CEP: 59260-000 – Boa Saúde/RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 14 / 05 / 2018
MAT. Nº 461.228-0
SAME
ASSINATURA

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013085162398 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

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	08.493.371/0001-64	QGM6137	2017	27/10/2017

RENAVAM	MARCA / MODELO
01132760884	VW/SAVEIRO TECFORM A91

ANO FAB	DIA TARF	Nº CHASSI
2017	0	9BWXB45U8JP060211

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

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

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL-2016

CONTRAN DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN — Nº 013085162398
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	01132760884	**********	2017

NOME: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO G DO NORTE

CPF/CNPJ	PLACA
08.493.371/0001-64	QGM6137

PLACA ANT/UF	CHASSI
QGM6137/RN	9BWXB45U8JP060211

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
ESPECIAL/CAMINHONETE/AMBULANCIA	ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
VW/SAVEIRO TECFORM A91	2017	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
SR/1043V	OFICIAL	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
R$ 0,00	30/10/2017	1ª ISENTO
		2ª ISENTO
		3ª ISENTO

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
203462 3X	R$ ******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	IPVA: PAGO		

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES: MOTOR:CCHM36830

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

NATAL/RN — DATA 27/10/2017

Secretaria Executiva de Trânsito
Coordenadoria de Registro de Veículos
DETRAN - RN

CONTRAN DENATRAN

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180526249 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GONCALO ESTEVAO DA COSTA **Data do acidente:** 18/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180526249 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GONCALO ESTEVAO DA COSTA **Data do acidente:** 18/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180526249 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GONCALO ESTEVAO DA COSTA **Data do acidente:** 18/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1° METACARPO DE MÃO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DIFICULDADE PARA FAZER PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, DISFUNÇÃO DA MÃO EM RAZÃO DA POSIÇÃO DO 4° E 5° DEDOS DA MÃO ESQUERDA, HIPOTROFIA DE MUSCULATURA INTRÍNSECA DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180526249 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GONCALO ESTEVAO DA COSTA **Data do acidente:** 18/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1° METACARPO DE MÃO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DIFICULDADE PARA FAZER PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, DISFUNÇÃO DA MÃO EM RAZÃO DA POSIÇÃO DO 4° E 5° DEDOS DA MÃO ESQUERDA, HIPOTROFIA DE MUSCULATURA INTRÍNSECA DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

CARTÓRIO ÚNICO NOTAS E REGISTROS DE BOA SAÚDE
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
COMARCA DE TANGARÁ - MUNICÍPIO DE BOA SAÚDE
CARTÓRIO NOTAS E REGISTROS– CNPJ (M.F) 08.539.843/0001-72
Rua Doutor Mário Câmara, 40 - Centro - CEP 59260-000
Email: cartorioboasaude@hotmail.com / Contato: (84)3256-2244
Isabel Cristina da Silva Ferreira de Oliveira
Tabeliã

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

PROCURAÇÃO PÚBLICA

PRIMEIRO TRASLADO LIVRO 18 FOLHAS 67 DATA: 24.04.2018

SAIBAM quanto este publica instrumento bastante virem, que no ano do Nascimento do nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos vinte e quatro (24) dias do mês de abril, nesta cidade de Boa Saúde - RN perante mim, tabeliã compareceu como:

OUTORGANTE: ***GONÇALO ESTEVÃO DA COSTA, brasileiro, solteiro, ajudante de carga, portador do CPF: 035.637.844-69 e RG: 1.669.076 ITEP RN, Nascido no dia 09.07.1974, Natural de Serrinha RN, Filho de José Estevão Filho e Analete Correia de Melo, residente e domiciliado no Sítio Riacho do Bom Pasto, 440, Zona Rural, Boa Saúde/RN.*** Reconhecido como os próprios por mim Tabeliã Pública, de cuja identidade e capacidade jurídica; dou fé.

PROCURADOR: ***JOSÉ AUDÍ DE LIMA PINHEIRO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF: 023.503.634-06 e RG: 1.775.748 ITEP RN, Nascido no dia 23.03.1975, Natural de Serrinha RN, Filho de José Pinheiro Sobrinho e Maria de Lourdes de Lima, residente e domiciliada na Rua Francisca Marques de Freitas, 80, Centro, Boa Saúde RN.***

A quem concede amplos poderes para representa-lo junto a **SEGURADORA LIDER** dos consórcios do Seguro obrigatório **DPVAT**, praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessário na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro obrigatório **DPVAT,** e especificamente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**, outrossim, confere poderes para representar o Outorgante na Agencia da **CAIXA ECONOMICA FEDERAL – Agencia 2008, Operação 013, Conta Poupança 86457-0,** desta cidade , podendo se necessário for, realizar abertura de credito bancário (conta poupança, corrente) para recebimentos dos valores perante qualquer instituição bancaria (qualquer banco), podendo pra assinar documentos, requerimentos, recibos, passar recibo, dar e receber quitação, representar o outorgante perante qualquer repartição pública federal, estadual, municipal e autarquias, prestar informações, juntar documentos, enfim praticar todos os demais atos do presente mandato, **informando ainda que não há no Município de minha residência a**

Dispensada as testemunhas de acordo com o artigo 134 da Lei n° 6.952, de 06.11.1981, consoante o Provimento 02/82 da Corregedoria geral da Justiça do Rio Grande do Norte. E de como assim disse, do que dou fé, lavrei este documento, que lhe sendo lido, aceitou e assino, Dou fé, Eu ***Isabel Cristina da Silva Ferreira de Oliveira***, Tabeliã do Cartório Único, o escrevi em publico e raso com o sinal do que dou uso. A Outorgante não é alfabetizado e assina através de a rogo. Emolumentos: R$ 53,84; FDJ: R$ 14,17; FCRCPN R$ 5,39; FRMP R$ 1,66; FUNAF R$ 0,41; ISS R$ 2,69 = TOTAL R$ 78,16

Boa Saúde/RN. 24 de Abril de 2018

Em fé e testemunho ____ da verdade.

ISABEL cristina da silva F. de Oliveira

ISABEL CRISTINA DA SILVA FERREIRA DE OLIVEIRA
Tabeliã

CARTÓRIO ÚNICO NOTAS E REG. DE BOA SAÚDE-RN
Isabel Cristina da Silva Ferreira de Oliveira
TABELIÃ OFICIAL

José Audi de Lima Pinheiro

PROCURADOR: JOSÉ AUDI DE LIMA PINHEIRO

Digital do Não Alfabetizado

VÁLIDO SOMENTE
COM SELO DE AUTENTICIDADE
FISCALIZAÇÃO TJRN
CNDEG/RN
Selo de Autenticidade
ATO REGISTRAL/NOTARIAL
ABU-060830

ARUANA SEGUROS
29 JUN 2018

CARTÓRIO ÚNICO NOTAS
E REGISTROS DE BOA SAÚDE-RN
Rua Doutor Mário Câmara, 40, Centro
CEP: 59.260-000 Boa Saúde-RN
Isabel Cristina da Silva Ferreira de Oliveira
Tabeliã Oficial
Rayssa Yngrid Ferreira do Nascimento
Substituta
Raynara Yasmim Ferreira do Nascimento
Escrevente Oficial

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406542/18

Vítima: GONCALO ESTEVAO DA COSTA

Data do acidente: 18/02/2018

CPF: 035.637.844-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GONCALO ESTEVAO DA COSTA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO : 023.503.634-06

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

GONCALO ESTEVAO DA COSTA : 035.637.844-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 08/11/2018	Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO	Nome: Aline Luiza Silva de Morais Carvalho
CPF: 023.503.634-06	CPF: 011.942.284-02
JOSE AUDI DE LIMA PINHEIRO	Aline Luiza Silva de Morais Carvalho