

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149585/20

**Número do Sinistro:** 3200192384

**Vítima:** ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOL

**CPF:** 064.508.464-61

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/11/2019

**Titular do CPF:** ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200192384      **Cidade:** Caraúbas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE      **Data do acidente:** 09/11/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
MOURA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE POLEGAR ESQUERDO + FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/DESBRIDAMENTO/LIMPEZA CIRÚRGICA/FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 4/5 \_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 708/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		Acidente de Trânsito				
Local	Próximo ao Motel Fantasy					
Data fato:	09/11/2019			Hora do Fato:	21hrs00min	
COMUNICANTE	Nome: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA					
	Naturalidade: Mossoró/RN		Nascido (a) em: 08.03.1985	Doc.	RG: 002.428.722 SSP/RN	
	Filho (a): Domingos Gadelha de Moura e Maria Auxiliadora de Oliveira					
	Estado civil:	Solteiro	Telefone:	(84) 9		
Endereço	Sítio Cajueiro, Zona Rural da Cidade de Campo Grande/RN					
VÍTIMA	Nome: O Comunicante					
	Naturalidade:xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Nascido em:xxxxxxxxxxxx	Doc.	RG:xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
	Filho (a) de:xx					
	Estado civil:	xxxxxxxxxxxx	Telefone	(84)xx		
Endereço:	xx					
NOTICIADO	Nome:xx					
	Naturalidade:xxxxxxxxxxxxxx		Nascido em:xxxxxxxxxxxx	Doc.	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
	Filho (a) de:xx					
	Estado civil:	Xxxxxxxxxx	Telefone	xx		
Endereço:	xx					

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

Relata o (a) comunicante **QUE** no dia e horário supracitados, conduzia o veículo, tipo motocicleta com as seguintes características MOTO HONDA XL 125, PLACA MYU9820, CHASSI: 9C2MD270XWR001657, ANO/FAB. 1998/1999, COR ROXA; **QUE** estava vindo da cidade de Campo Grande/RN, para a cidade de Caraúbas/RN, quando se deparou com outro veículo, um carro que vinha em direção contrário, e não deu tempo o comunicante frear a motocicleta, vindo assim colidir com o carro; **QUE** pessoas terceiras que visualizaram o acidente ligaram para a emergência, que logo após chegou, levando a vítima Hospital Regional de Caraúbas, onde foi encaminhada para o Hospital Regional Tarcisio Vasconcelos Maia; **QUE** sofreu algumas escoriações pelo corpo, além de quebrar a perna esquerda, o braço esquerdo, dois dedos da mão esquerda e a "bolacha" do joelho, como consta nos boletins médicos em anexo; **QUE** a vítima não possui CNH (Carteira Nacional de Habilitação); **QUE** a vítima não se encontrava alcoolizado; **QUE** procurou esta Delegacia de polícia civil para comunicar os fatos, assim como requerer indenização no seguro do seu automóvel, e nada mais disse nem lhe foi perguntado. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.

TESTEMUNHA:xx

Providências adotadas:

Registrado o presente B.O, entregue a 1ª via a (o) comunicante

Data e hora da comunicação: Caraúbas/RN, 11.12.2019 às 09horas16min.

ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA MOURA  
COMUNICANTE

JERLANE JOELLE SILVA  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula.: 220.129-1



---

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

---

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.  
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

---

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL  
Endereço:

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2020001022183 1.2 Data de Expedição: 29/05/2020 21:55:49  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/11/2019 21:37:00 2.2 Logradouro: RN 223  
2.3 Número: SN 2.4 CEP: 59.780-000  
2.5 Complemento: PISTA 2.6 Ponto de Referência: FANTASY MOTEL  
2.7 Bairro: LEANDRO BEZERRA 2.8 Cidade: CARAÚBAS  
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Etnia: PARDO 3.4 Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA  
3.5 Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA 3.6 Data de Nascimento: 08/03/1985  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 002428772 - ITEP RN  
3.9 CPF: 06450846461 3.10 Passaporte:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN  
3.13 Profissão: AGRICULTOR 3.14 E-Mail: ALEXANDREGADELHA5252@HOTMAIL.COM  
3.15 Telefone(s): 84 996057965 3.16 Logradouro: SI CAJUEIRO 3 E  
3.17 Número: SN 3.18 CEP: 59680000  
3.19 Bairro: AREA RURAL

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

**6. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**7. DOS FATOS**

**7.1 Histórico**

A Vítima tava vindo sentido Campo grande RN á Caraúbas RN, quando passava pelo local do fato, vinha outro veículo tipo carro, que vinha em direção contraria, e não deu tempo da vítima freia ou desviar do veículo, vindo assim a colidir com o carro, a vítima foi socorrida após populares ligarem para Emergência e levado para uma ambulância pro hospital da cidade de Caraúbas RN, aonde ele recebeu seus primeiros cuidados médicos e em seguida foi transferido para o hospital Regional Tarcísio Maia, na cidade de Mossoró RN.

DADOS DO VEÍCULO QUE A VITIMA CONDUZIA.

VEÍCULO MOTO, MODELO HONDA NX 200 ,PLACA MYU9820, COR ROXA, ANO 1998\1999, CHASSI 9C2MD270XWR001657, PROPRIETARIO DO VEÍCULO JOÃO BATISTA DE ARAUJO.

**8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**9. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Data: 30/05/2020 18:48:39

**10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)**

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

A DP DE CARAÚBAS-RN



Atendimento: 1691368 - WELLIGTON ALVES  
Impresso por: WEB em 01/06/2020 07:42:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



[www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

## Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligaçāo Grātuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

## Ligações Gráteis para telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA	<b>29/05/2020</b>	22/05/2020	000856053954
CPF: 064.508.464-61	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	<b>0,00</b>	22/05/2020	3000925177
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO	
SI CAJUEIRO 3 E	042691369	0000087657	
CAJUEIRO/AREA RURAL	Série: U		
59680-000 CAMPO GRANDE RN			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
	RESERVADO AO FISCO	F431.2974.6A19.0ABD.B9AB.610B.D4FA.41B7	

## DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA											
000000000050395146	CAT	23/04/2020	3.940,00	22/05/2020	3.991,00	29	1,00000	0,00	51,00	mar/2020						
DIC-No.de horas sem Energia													17,97	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia													2,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua													13,82	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico													Limite DICRI: 16,60			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,98																
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.																
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/06/2020																

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO		
Pague no ponto mais perto de voce! armario dantas: prc. joao do vale, centro / francisco xavier de melo filho: r. joaquim lucio pimenta, alto da esperanca. lista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a> . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse <a href="http://saude.gov.br/coronavirus">saude.gov.br/coronavirus</a>		TENSÃO NOMINAL(V)		
		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
		MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

— DESTAQUE AQUI —

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000856053954	05/2020	0,00	29/05/2020	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200192384**

**Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

**Data do Acidente: 09/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000005873-4**

**Conta: 000006384-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200192384**

**Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

**Data do Acidente: 09/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05873-4

CONTA: 00000006384-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO08062020050000000002370587300000006384472500 PAGO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN  
O Amigo da Criança

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

CONDUTA:  Medicação  Observação  Atividade para ATC

standard types for metric  
cathodes to 300 (Rutherford)  
of 100 and 150 mm - E

Requerido P/o. Hethin

#### HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) EGG  
( ) Outros:

Salida: Data/Hora: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h / \_\_\_\_\_ min. Alto Referido a: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Outra Unidade de Urgência  Especialidade  Internação no Hospital

612

Médico:(Carimbo/  
Assinatura)

100



SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 66023 /2019

Admissão: 09/11/2019 23:26:28

## CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 52472 - ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (34 a 8 m 1 d)

Nascimento: 08/03/1985 Natural: MOSSORÓ BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708608098671385 CPF: 06450846461 Prof.

Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA

Logradouro: JOSE DANTAS DO AMARAL, 1

CEP: 59780000 Bairro: SEBASTIAO MALTEZ

Telefone:

Cidade: CARAUBAS

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

OBS: HOSPITAL DE CARAUBAS

Classificação:  
09/11/2019 23:23:09

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		96			80			

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. COLISÃO MOTO-CARRO. FRATURA EXPOSTA NO MIE.

Hora: 22:22 Paciente vítima de colisão moto - carro, sem reação.

Paciente sem perda de consciência, sem desmaios.

Não vomitou.

A Vias aéreas pativas, sem edema cervical

B MV+ sem AHT

C Hemodinamicamente estável

D ECG 15

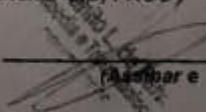
E Escorvações sem MMII esguinhos e na ressuscitação a direita. MMII suspeito  
mobilizado e com sangue de origem (optado por re-  
valorizar pelo ortopedista após radiografia).

Diagn. Inicial:

Dr. Vinícius Jefferson de Oliveira  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 8840Dr. Vinícius Jefferson de Oliveira  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 8840

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
- Sondagem: alta da cirurgia/gastro.			
- Monitorizar evolução do ortopedista.			
- Diprospana - 2ml + 8ml de ABD	EV	08/08/2019 10:18	
- Tencicam 40mg	EV	08/08/2019	
- Penicilina 4g Crevagin 6000U, se necessário.		02/11/2019	
- Cefazidina 1g, IV, 20/24h		02/11/2019	
- TEJUN (qualquer)		02/11/2019	
- SF 0,9% 1500ml, IV, 24h		02/11/2019	

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID 88.2 Proc. 040805050-0 Data: 10/11/19. Hr: Médico: \*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 09 de Novembro de 2019.  
Carimbar) 552.3

Assinar e

ONTOP - CC. 40H

PTE VITIM DE COLISAO MOTO X CARRO COM  
POLITENSISTEMA.

ff. FIC SUTURADO NO POLCOA (O) NAO E PELDOS  
E CRAMAS NO MTRNHO (O) FICOU AS PFERAS E TUR  
(O)

ly: FX PROXIMA DO DIAPSE DA TROX (O) +  
FX DIAPSE DO MTRNHO + FX FRAQUE PROXIMAL NO  
POLCOA (O)

ANATOMIA: - INTENSAO

- TCRM
- A+B

Dr. Daniel L. da Costa  
2010-09-10



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

## BOLETIM OPERATÓRIO

10/11/10 10

Dr. Leandro H. Freimann  
Ortopedista e Traumatologista  
Cra 40 1005  
Bogotá

Nome Alexandre Godofredo divino da Silva Reg. N° 52472

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de ossos de Perna (E)

Indicação terapêutica: hiperplasia + lesões ósseas crônicas + osteossintese com fixador externo linear.

## INTERVENÇÃO

Inicio: 08:30 Fim: 10:00 Duração: 01:30 L

Operador Dr. Leandro Freire

1º Auxiliar: DR. Fabio da C. Dentista.

## 2º Auxiliar:

### 3º Auxiliar:

– *Instrumentador:*

Anestesista: Dr. Edilson

## 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 Contaminacão*

Limpa  Pot. Contaminada  Contaminada  Infectada

① Recente Sob Pogonianetx sia e Desribito  
por sol.

Q: Unidade e subunidade de h.t.e.

### 3) Posição de corpos esteroides

⑦ Absorbs  $\text{CO}_2$  from the atmosphere - photosynthesis

5) Fratura com misto de poros. Poderá de  
petróleo observar-se ferro vermelho da fundição rebocada.  
6) Reologia LCTDC. A fratura separa de petróleo +  
petróleo.

④ Reforça a base. Pode ser o capivela ou a tricoter.

⑩ houve escoriação de dor fundo de boca l.  
fratura exposta de tibio. ⑪ + ossos ossos m. Dr. Leandro M. C. Freire  
osteosíntese e Traumatologista  
osteosíntese e ferimento. ⑫ Sutura de feri. — 100 CRM-RN 7480  
100 CRM-RN 7480  
100 CRM-RN 7480  
100 CRM-RN 7480

Dr. Leonardo M. C. Freire  
Chapadão e Tavares  
CRA-PR RN 7162  
TELEF 18038

*Dr. Leandro M. C. Freire*  
Imigrante e Traumadoula  
CRM-RN 7480  
TECT 18086

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  
ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (8 - 5907/2019) 6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
210532

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708608098671385	8 - DATA DE NASCIMENTO 08/03/1985	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR PARDA	11 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 N.º DO TELEFONE 998367936			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD N.º DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) JOSE DANTAS DO AMARAL, 11 - SEBASTIAO MALTEZ	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARAUBAS	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240230	18 - UF RN	19 - CEP 59780000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PCTE VITMO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, com  
PERITRIOV MUITO. Rx com FX EXPOSTA DIAFISE TIBIA ALTA  
DA TIBIA + FX FECHADA DA DIAFISE DO RODÍO (R) +  
FX EXPOSTA DO POLEGAR (R).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

HISTÓRIA CLÍNICA + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	24 - CID 10 PRINCIPAL S82.2	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
---	--------------------------------	------------------------	---------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

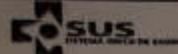
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408050500		
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO ( ) CNS	32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 013 593. 104-52
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE DANILO LOPES DE PAIVA	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/11/2019	35 - ASSIN. E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Benedito Lopes de Paiva Ospedale e Traumatolog	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N.º DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNPJ 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.º AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)	



*SUH*  
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

*Armen*

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*ARMENIO DAS CHACAS SILVA*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

*16036*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

*1 / 1 /*

9 - SEXO

Men.  Fem.

10 - RACIOC

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD *031* N° DO TELEFONE *3000-1234*

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD *031* N° DO TELEFONE *3000-1234*

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

*Mossoró*

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

*RN*

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

*far fecetação e segmentação dos ossos  
do antebraço esquerdo*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Acidente com cunha de ferro*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*gromo cervical + imobil (Rt)*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura dos ossos antebraço*

24 - CID 10 PRINCIPAL

*S52.4*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*014108121041213*

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS

( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*31/11/19*

*CONSELHO*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº 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 PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: Alexandre G. Oliveira de Moraes

End.: R. Manoel Góes 60 Costa

Idade: 34 Sexo: [X] M [ ] F Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultados dos exames: \_\_\_\_\_

Tratamento já realizado: \_\_\_\_\_

Impressão diagnóstica: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ 03.12.17 Dr. Roberto de Almeida Fonseca  
\_\_\_\_\_ ALMEIDA  
CRM/RN 3853

## AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: \_\_\_\_\_

Consulta marcada para a Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Para o Dr. \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Horas do dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade referenciada: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

## ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_

Resultados dos exames realizados: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Consulta: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Profissional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data



INSTITUTO DE  
**Neuro Cardiologia Wilson Rosado**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1º Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria

2º Via – Orientação ao paciente

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

**Prescrição:**

1. CIPROFLOXACINO 500mg \_\_\_\_\_ 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12horas, por 7 dias.

Mossoró, 18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico

Data



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino – 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

Para: *Alexandre Góis*

# PO de osteossíntese de cirurgia ortopédica

SOLICITO ACOMPANHAENTO AMBULATORIAL ORTOPEDICO,  
COM **Dr GUILHERME** COM 15 DIAS

12/02/2020

Dr. Pablo Romero da Esposa Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924

*PAM  
Pablo Romero da Esposa Pinheiro  
Dr. guilherme  
09/03/2020  
4.00 Hs  
jgf*

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

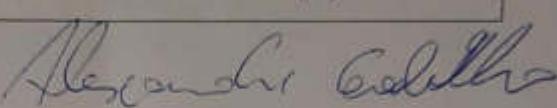
Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da  
Farmácia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao  
paciente

Para:



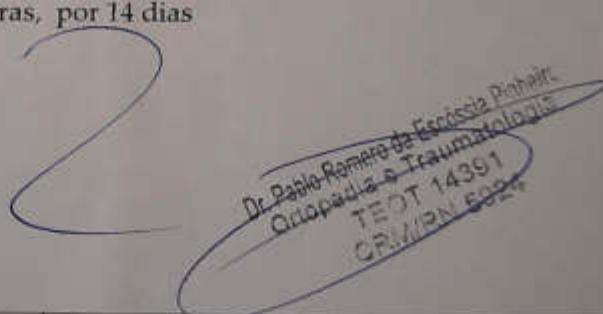
Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg \_\_\_\_\_ 28 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

Mossoró, 12/02/2020



Dr. Bento Renato de Fássio Pachal  
Ortopedista e Traumatologista  
TEDT 14391  
CRM/RN 502

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao paciente

Para: *Alexandre Góes*

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg \_\_\_\_\_ 28 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

Mossoró, 12/02/2020

*Z*  
Dr. Pablo Rosado de Escóssia Pinheiro  
Cirurgião-Dentista - CRM 14391  
CARMEN DE SOUZA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino - 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

Para:

*Alexandre Gadelha*

USO ORAL

1- Novalgina 1g -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6\6 horas, em caso de dor.

2- Toragesic 10 mg -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas, por 5 dias

01/02/2020

*2*  
Dr. Pablo Romano da Escassa Pinhal  
Ortopedia e Traumatologia  
IEOT 14391  
CRM-RN 5514



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino - 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

**USO ORAL**

1- Novalgina 1g -----1 caixa  
Tomar 1 comprimido de 6\6 horas, em caso de dor.

2- Toragesic 10 mg -----1 caixa  
Tomar 1 comprimido de 12/12 horas, por 5 dias

18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino - 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

# PO de FRATURA TIBIA.

SOLICITO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL ORTOPEDICO.  
( DR. EDUARDO OU GUILHERME ).

18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da  
Farmacia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao  
paciente

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

**Prescrição:**

1. CIPROFLOXACINO 500mg \_\_\_\_\_ 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12horas, por 7 dias.

Mossoró, 18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico

Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Alzanei Gadelha, O. More

① AMG completo

② Ma

③ K

④ Vér

⑤ brst

⑥ TYP

⑦ TP

Pró Geral

Dc. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ/RN 81.017.700/0001-05

Data: 27, 01, 2020

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.508.464-61 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Alexandre Gadelha Oliveira de Moura 6 - CPF: 064.508.464-61  
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Capuera 9 - Número: 3 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Campo Grande 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000  
 15 - E-mail: alexandregadelho5252@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 84 99605 4985

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5873 CONTA: 6384 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada; concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (deve ser feita)

X

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campo Grande RN 27/05/2020

X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA</b>		
3 - CPF da vítima: <b>064.508.464-61</b>				

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>Alexandre Gadelha Oliveira de Moura</b>	6 - CPF: <b>064.508.464-61</b>		
7 - Profissão: <b>Agricultor</b>	8 - Endereço: <b>Sítio Capuera</b>	9 - Número: <b>3</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>Zona Rural</b>	12 - Cidade: <b>Campos Grande</b>	13 - Estado: <b>RN</b>	14 - CEP: <b>59680-000</b>
15 - E-mail: <b>alexandregadelha5252@hotmail.com</b>	16 - Tel.(DDD): <b>84 99605 4985</b>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco (237)**

AGÊNCIA: **5873** CONTA: **6384**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada; concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu (val/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
que assinou

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campos Grande RN 27/05/2020**

**X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149585/20

**Vítima:** ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOL

**CPF:** 064.508.464-61

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/11/2019

**Titular do CPF:** ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA : 064.508.464-61**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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