

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

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

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.

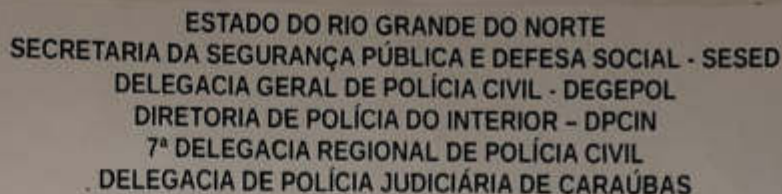
**Documentos
complementares:**

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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

[illegible]

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 requer 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.

[illegible]

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 GADIELHA OLIVEIRA MOURA
COMUNICANTE

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



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



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

2.3 Número: SN

2.5 Complemento: PISTA

2.7 Bairro: LEANDRO BEZERRA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RN 223

2.4 CEP: 59.780-000

2.6 Ponto de Referência: FANTASY MOTEL

2.8 Cidade: CARAÚBAS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 06450846461

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s): 84 996057965

3.17 Número: SN

3.19 Bairro: AREA RURAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA

3.6 Data de Nascimento: 08/03/1985

3.8 RG: 002428772 - ITEP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORO RN

3.14 E-Mail: ALEXANDREGADELHA5252@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: SI CAJUEIRO 3 E

3.18 CEP: 59680000

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 sentindo Campo grande RN á Caraúbas RN, quando passava pelo local do fato, vinha outro veículo tipo carro, que vinha em direção contrária, e não deu tempo da vítima freia ou desviar do veículo, vindo assim a colidir com o carro, a vítima foi socorrida apos populares ligarem para Emergência e levado pela 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 VEICULO QUE A VITIMA CONDUZIA.

VEICULO MOTO, MODELO HONDA NX 200 ,PLACA MYU9820, COR ROXA, ANO 1998\1999, CHASSI 9C2MD270XWR001657, PROPRIETARIO DO VEICULO 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 - WELLINGTON 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 MERMOSZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0**



<div>DADOS DO CLIENTE</div> <div>ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA</div> <div>CPF: 064.508.464-61</div>		<div>DATA DE VENCIMENTO</div> <div>29/05/2020</div> <div>TOTAL A PAGAR (R\$)</div> <div>0,00</div>		<div>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</div> <div>22/05/2020</div> <div>DATA DA APRESENTAÇÃO</div> <div>22/05/2020</div> <div>NÚMERO DA NOTA FISCAL</div> <div>042691369</div> <div>Série: U</div>		<div>CONTA CONTRATO</div> <div>000856053954</div> <div>Nº DO CLIENTE</div> <div>3000925177</div> <div>Nº DA INSTALAÇÃO</div> <div>0000087657</div>	
<div>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</div> <div>SI CAJUEIRO 3 E</div> <div>CAJUEIRO/AREA RURAL</div> <div>59680-000 CAMPO GRANDE RN</div>		<div>CLASSIFICAÇÃO</div> <div>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</div> <div>Monofásico</div>					
<div>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 www.cosern.com.br</div>		<div>RESERVADO AO FISCO</div> <div>F431.2974.6A19.0ABD.B9AB.610B.D4FA.41B7</div>					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	
--------------------------	--

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD		51,00	0,33236752	16,95
Consumo Ativo(kWh)-TE		51,00	0,32742103	16,69
TOTAL DA FATURA				33,64

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
33,64	18,00	6,05	33,64	0,96	0,32	33,64	4,42	1,48

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Venc to	Dt Reav	Valor	
06/05/20	22/05/20	16,08	

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,25466000		MAI 20	██ 51
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25087000		ABR 20	██ 30
		MAR 20	██ 30
		FEV 20	██ 30
		JAN 20	██ 30
		DEZ 19	██ 30
		NOV 19	██ 30
		OUT 19	██ 30
		SET 19	██ 30
		AGO 19	██ 30
		JUL 19	██ 30
		JUN 19	██ 30
		MAI 19	██ 30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	11,98	35,61
Transmissão	1,32	3,92
Distribuição (Cosern)	8,33	24,76
Encargos Setoriais	1,93	5,74
Tributos	7,85	23,34
Perdas de Energia	2,23	6,63
TOTAL	33,64	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		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
<div> <div>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/06/2020</div> <div></div> </div>									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
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.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! armarinho dantas: prc. joao do vale, centro / francisco xavier de melo filho: r. joaquim lucio pimenta, alto da esperança Lista completa em www.cosern.com.br.”

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 www.aneel.gov.br.

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 do 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 saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO		
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	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------------	------------------------------

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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, retorne 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.

Atenciosamente,



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:

Boletim de ocorrência	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: 000000006384-3

Nr. Autenticação

BRDESCO0806202005000000000023705873000000006384472500 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

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 09.11.19	Hora: 21:37h	Atendimento nº:				
Nome: Alexandre Gadelm Oliveira de Moura		Idade: 34 Anos	Sexo: M					
Data de Nascimento: 08.03.85		Cartão SUS: 7.0.86.0.80.9.1.86.7.1.3.85						
Profissão: Agricultor		Nº Identidade: 2.428.722						
Endereço (Rua/Av/Sítio): Sítio Esqueleto		Nº	Complemento:					
Barrio:	Cidade: Campo Grande	Estado: RN	Telefone:					
Nome da Mãe: Maria Auxiliadora de Oliveira		Motivo da Procura: Acidente de moto						
Assinatura do Servidor: Mariana de Brito								
ACOLHIMENTO:		() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito						
Acolhimento com Classificação de Risco:		Paciente politraumatizado com lesões						
Queixas:		Fratura exposta no membro E e perna E						
Antecedentes Alérgicos:		Leão do mao E com ceter						
HAS () DM ()		Assinatura: [Signature] Classificação:						
ANAMNESE:		História de Acidente (Moto) [Signature] 5P02-987						
Exame Físico:		Paciente consciente, orientado, com lesões diretas						
EXAME FÍSICO:		Peso:	Temperatura:	Cº F. C: 36.0	PA: 140x90	MHG	FR:	HGT:
CONDUTA:		(X) Medicação () Observação () Leão para A/H						
Medicação:		Exatobizoprol 100mg EV (Paracetamol) 100mg EV + Ibuprofeno 100mg EV						
Observação:		Regulando P/O + H2N						
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:		CID:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: () Laboratório () Radiológico () EGG () Outros:		Médico: (Carimbo/Assinatura)						
Saída: Data/Hora: / / às h. () Alta Referido para US () Óbito		[Signature]						
() Outra Unidade de Urgência () Especialidade () Internação no Hospital								



SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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: MOSSORO, 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 Cidade: CARAUBAS
 CEP: 59780000 Bairro: SEBASTIAO MALTEZ
 Telefone: Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
 Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
 *Empresa:

OBS: HOSPITAL DE CARAUBAS

Classificação:						PESO:	
09/11/2019 23:23:09						Glasgow	RTS
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.
	120 80		96			80	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: 22:09 Paciente vítima de colisão moto - carro, sem capote.

Paciente sem perda de consciência, sem dormências.

Não vomitou.

A não ausculto ruídos, sem calor cervical

B MV+ em AHT

C Hemodinamicamente estável

D ECG 15

E Escala de Glasgow em MMII esquerda e na resposta frontal a direita. MMII esquerda imobilizada e com sinais de fratura (optado por resvalação pelo ortopedista após radiografia).

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Conduta: alta da cirurgia.			
- Solicitar avaliação do ortopedista.			
- Dipiridano - 2ml + 8ml de ABD	EV	08/08 09 10 18	
- Temoxicam 40mg	EV	08	
- Penicilina G 600ml, SEM NECESSÁRIO.		02	
- LEFTALIDINA 100, IV, 12/15h		02 14	
- JEJUM COMPLETO			
- SF 0,9% 1500ml, IV, 24h		1 2 3	

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito (X) 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

52.3

ORTOP - CO. 4014

PETE VITIMS DE COLISAO MOTEX CARRO, Com
POLITRAUMATISMO.

FF. FCC SUTURADO NO POLEGÃO (F) DEN + PALPATO:
E FERMOS NO ANTEBRAÇO (F) FCC NAS PERNAS E TOR
(F).

Rx: FX PROXIMAL DO DIAFUSE DA TÍBIA (F) +
FX DIAFUSE DO RÁDIO + FX FALANGE PROXIMAL DO
POLEGÃO (F)

CAUSAS: - INTERMEDIA

- JEXM
- A+B

Dr. Danilo da Silva
Ortopedista



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

BOLETIM OPERATÓRIO

10/11/19

10.

Dr. Leonardo M. C. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7450
TEOT 16096

Nome Alexandre Gadelha Divairo da Silva Reg Nº 52472

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

Indicação terapêutica: Limpeza + desbridamento cirúrgico + osteossíntese com fixador externo linear.

INTERVENÇÃO

Início: 08:30 Fim: 10:00 Duração: 01:30 h

Operador: Dr. Leonardo Freire

1ª Auxiliar: Dr. Fabiano Dentor

2ª Auxiliar:

3ª 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 Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (☒) Contaminada () Infectada

1) Paciente sob Raqui-anestesia em Decúbito Doral.

2) Limpeza e antissepsia de h.t.e.

3) Apliação de campos estéril

4) Abordagem da ferida extensa no joelho e com fratura com n.t. de perna. Pósterior de Perna. Abordada ferida lateral do tendão rotulário.

5) Realizada LC+DC da fratura exposta de perna + Refixação da tibia e Pértica e capaxlo articular.

6) Realizada excisão e desbridamento de base de fratura exposta de tibia (E) + osteossíntese com fixador externo. Sutura de ferimento e curativos.

Dr. Leonardo M. C. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7450
TEOT 16096

Dr. Leonardo M. C. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7450
TEOT 16096

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (8 - 5907/2019)	210532			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
708608098671385	08/03/1985	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	PARDA	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA	DDD 84 998367936	ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA	DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
JOSE DANTAS DO AMARAL, 1/ - SEBASTIAO MALTEZ				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
CARAUBAS	240230	RN	59780000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, com POLITRAUMATISMO. RX com FX EXPOSTA DIAFISIA ALTA DA TÍBIA + FX FECHADA DO DIFRAC DO RADIO @ + FX EXPOSTA DO POLEGAR @.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
HISTÓRIA CLÍNICA + RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC
FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	S82.2		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	408050500		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIR	2	() CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	023.593.104-52
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
DANILO LOPES DE PAIVA	10/11/2019	Dr. Danilo L. de Paiva	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - 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 A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA		
49 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
(X) CNS () CPF	980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

SOL

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital				_____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
_____				_____	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE LAURILSON DAS LUÍCIAS SILVA				16036	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
_____		/ /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 2	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
_____				000 _____	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
_____				000 _____	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Mossoró		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF RN	
_____		_____		19 - CEP _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Tra Fechadura e sacramento dos ossos do antebraço esquerdo					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Acidente com fratura do antebraço					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico + imagem (RA)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura dos ossos antebraço		24 - CID 10 PRINCIPAL S524		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
_____		_____		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
_____		_____		_____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0141018101210141213	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
_____		_____		() CNS () CPF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 01/11/19	
_____				_____	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	
_____		_____		_____	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
_____		_____		_____	
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		_____		44 - CBOR	
_____		_____		_____	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
_____		_____		_____	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		_____	
() CNS () CPF		_____		_____	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		_____	
/ /		_____		_____	



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: _____ Município: Caraúbas
Paciente: Alexandre G. Oliveira de Sousa
End.: R. Manoel Gomes G. Costa
Idade: 34 Sexo: ☒ M ☐ F Ocupação: _____
Nome do responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: efeito de primeira em grupo e referência e
externo.
Resultados dos exames: _____
Tratamento já realizado: _____
Impressão diagnóstica: _____
Profissional: _____ 03.12.17 Dr. Roberto de Alencar Fonseca
Atendente
CRM/RN 3859

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Otorrinolaringologista
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

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drograria

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



HOSPITAL
WILSON ROSADO

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 Coelho*

PO de osteossíntese de cirurgia ortopédica

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

12/02/2020

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

PAM
Retorno
Dr. Guilherme
09/03/2020
4.00 HS
[Signature]



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

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao
paciente

Para:

Alexandre Cabella

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg _____ 28 comp

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

Mossoró, 12/02/2020

2

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro
Otorrinolaringologista
TEST 14391
CRM/RN 5024

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

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

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao
paciente

Para:

Alexandre Coelho

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

Mossoró, 12/02/2020

[Signature]
Dr. João Marcelino da Escóssia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 24341

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

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

Para:

Alexandre Cavallho

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

[Signature]
Dr. Paulo Romero da Escóssia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14351
CRM/RN 6324

**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
Farmácia ou Drograria

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

Abraão Gadelha D. Moura

① AME completo

② Na

③ K

④ Unia

⑤ head

⑥ TTPA

⑦ TP

Pro Geral

Data:

27, 01, 2020

D^r. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8107 TEST 1254

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 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Alexandre Gadelha Oliveira de Moura 6 - CPF: 064.508.464-61
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Capueiro 9 - Número: 3 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Campo Grande 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
15 - E-mail: alexandre.gadelha5252@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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 4 CONTA: 6384 3
(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Alexandre Gadelha Oliveira de Moura 6 - CPF: 064.508.464-61
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Capuano 9 - Número: 3 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Campo Grande 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
15 - E-mail: alexandre.gadelha5252@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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 4 CONTA: 6384 3
(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA 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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

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 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.