



Número: **0812809-67.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59994 210	15/09/2020 19:32	<u>2751228_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000057016-7

Nr. da Autenticação 41358F230627B172



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>
Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206359 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA TÍBIA ESQUERDA
FRATURA DE CALCÂNEO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CALCÂNEO (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO) E TRATAMENTO CONSERVADOR DA TÍBIA. P4 10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59026-250
CNPJ 05.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátis:

-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 - Ligação Grátis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDILSON DE SOUSA ARAUJO
CADASTRO DESATUALIZADO
CPF: 393.032.414-87 NIS: 12130394029

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TIBERIO BULAMARQUE 1723

BARROCAS/ÁREA URBANA
59621-130 MOSSORÓ RN

As condições gerais do 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

DATA DE VENCIMENTO

20/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

037699049

Série: U

CONTA CONTRATO

000484459010

Nº DO CLIENTE

3000310684

Nº DA INSTALAÇÃO

0000504328

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EB00.E935.0489.E655.3453.29B9.5509.168A

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10387242	3,11
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,17806701	12,46
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	69,00	0,26710051	18,42
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11313012	3,39
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19387164	13,57
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	69,00	0,24095747	20,07
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,04
Contrib. ilum. Póblca Municipal			0,71
ICMS-Parcela Subvençopada			7,05
Multa por atraso-NF 036140611 - 16/01/20			1,61
Juros por atraso-NF 036140611 - 16/01/20			0,26
Atualização IPM-NF 036140611 - 16/01/20			0,09
TOTAL DA FATURA			87,72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
72,08	18,00	12,97	72,08	0,78	0,58	72,08	3,62	2,60

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh 0,08001500
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,13818000
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,20927000
Consumo-TE até 30 kWh 0,09380450
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15022000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,22878300

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWH
FEV	20	169
JAN	20	170
DEZ	19	176
NOV	19	161
OUT	19	159
SET	19	142
AGO	18	142
JUL	18	88
JUN	19	122
MAR	18	107
ABR	18	90
MAR	18	104
FEV	18	105

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %
Geração de Energia 27,37 37,85
Transmissão 3,01 4,18
Atribuição (Desem) 18,98 26,34
Encargos Salariais 1,53 2,19
Tributos 16,53 22,38
Perdas de Energia 0,68 0,76
TOTAL 72,08 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL			
dez/2019								
DMC-Nº de horas sem Energia	BARRODAB	0,00	4,95	8,91	19,82			
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,24	6,47	12,95			
DMC-Duração média de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00			
DCRI-Duração de Interrupção em dia útil			Estatística DCRI: 12,22					
EUBO-Valor do Encargo de Uso em R\$ 20,38								
Todo Consumidor pode solicitar à aplicação das Indicadoras DMC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmácia do povo nordestino: rua perto valho, 1215, centro / supermercado São Luiz: r. São Joaquim, 517, bairro Jardim. Mais 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 houver variação na continuidade individual ou no nível de fiação de fornecimento.
Pago em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 39,57.
O Cliente é compensado quando não descumprir prazo definido para os padrões de atendimento contratual.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTEQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000484459010	02/2020	0,00	20/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59026-250
CNPJ 05.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátis:

-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 - Ligação Grátis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDILSON DE SOUSA ARAUJO
CADASTRO DESATUALIZADO
CPF: 393.032.414-87 NIS: 12130394029

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TIBERIO BULAMARQUE 1723

BARROCAS/ÁREA URBANA
59621-130 MOSSORÓ RN

As condições gerais do 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

DATA DE VENCIMENTO

20/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

037699049

Série: U

CONTA CONTRATO

000484459010

Nº DO CLIENTE

3000310684

Nº DA INSTALAÇÃO

0000504328

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EB00.E935.0489.E655.3453.29B9.5509.168A

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10387242	3,11
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,17806701	12,46
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	69,00	0,26710051	18,42
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11313012	3,39
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19387164	13,57
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	69,00	0,24095747	20,07
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,04
Contrib. ilum. Póblco Municipal			0,71
ICMS-Parcela Subvençopada			7,05
Multa por atraso-NF 036140611 - 16/01/20			1,61
Juros por atraso-NF 036140611 - 16/01/20			0,26
Atualização IPM-NF 036140611 - 16/01/20			0,09
TOTAL DA FATURA			87,72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
72,08	18,00	12,97	72,08	0,78	0,56	72,08	3,62	2,60

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh 0,08001500
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,13818000
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,20927000
Consumo-TE até 30 kWh 0,09380450
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15022000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,22878300

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWH
FEV	20	169
JAN	20	170
DEZ	19	176
NOV	19	161
OUT	19	139
SET	19	142
AGO	16	173
JUL	19	98
JUN	19	122
MAR	18	107
ABR	18	90
MAR	18	104
FEV	18	105

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %
Geração de Energia 27,37 37,85
Transmissão 3,01 4,18
Aletribuição (Desem) 18,98 26,34
Encargos Salariais 1,53 2,19
Tributos 16,53 22,38
Perdas de Energia 0,68 0,76
TOTAL 72,08 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL			
dez/2019								
DNC-Nº de horas sem Energia	BARRODAB	0,00	4,95	8,91	19,82			
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,24	6,47	12,95			
DMC-Duração média de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00			
DCRI-Duração de Interrupção em dia útil			Estatística DCRI: 12,22					
EUBG-Valor do Encargo de Uso em R\$ 20,38								
Todo Consumidor pode solicitar à aplicação das Indicadoras DFC, FIC, DMC e DCRI a qualquer tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmácia do povo nordestino: rua perto valho, 1215, centro / supermercado São Luiz: r. São Joaquim, 517, bairro Jardim. Mais 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 houver variação na continuidade individual ou no nível de fiação de fornecimento.
Pago em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 39,57.
O Cliente é compensado quando não descumprir prazo definido para os padrões de atendimento contratual.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
MÍNIMO	MÁXIMO
211	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

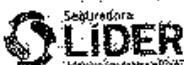
DESTEQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000484459010	02/2020	0,00	20/02/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do número 0800-722-0000.

de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, e nos sábados, das 8h às 14h): 0800 022 12 04.

Capitais e regiões metropolitanas: 4910-7596 / Outras regiões: 0800-027-12-00

SAC (para deficientes auditivos y de fondo): 0800 072 32 96 | Consulta Olvidada: 0800 021 01 29

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

A Circular SUSEPE nº 445/22, que traz a prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, a descrição da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações da profissão arrendante, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por motivos de segurança, é importante que o motorista informe a profissão ao comunitário no COAF.

¹SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ²CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERAGÊNCIA DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FazENDA, TEM POR FINALIDADE DIRETINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OcorrÊNCIAS SUSPEITAS DE AGIvIDADES FRAUDOSAS E IRREGULARES NO SEU âMBITO DE APLICAÇÃO.

Pelo exposto, eu Edison de Souza Araújo _____
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 393.032.434 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Interventor (a) do Beneficiário
Cristiano Alves de Araújo _____ inscrito (a) no CPF sob o N° 064.869.534 / 41
 do sinistro da DPVAT Robertura _____ Invalidez _____ da Vítima: Cristiano Alves de Araújo
 inscrito (a) no CPF sob o N° 064.864.554 / 41, conforme Determinação do Circular Susep 445/12;
 Declaro Profissão: Recebedor _____ Renda: Recebedor _____ e apresento os documentos comprobatórios
 Reclamo informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à Seguradora (Idéia-DPVAT), residir no endereço abaixo, anexando à cópia do comprimento de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista

Endereço:	Rua Tiberio Bulgareque	Número:	1425	Complemento:	Can
Bairro:	Bassoco	Cidade:	Florianópolis	Estado:	SC
E-mail:	Nôra.Pazzini		CEP:	89.621-330	
			Tel. (DDD):	(49) 99827-0066	

Local e Data: Edison de Souza Assinatura do Declarante

Digitized by srujanika@gmail.com



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 3418 /2020

Admissão: 16/02/2020 11:48:20

012

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 57613 - CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (34 a 3 m 19 d)

Nascimento: 28/10/1985 Natural: MOSSORÓ-BRASIL
 CNS: CPF: Prof: Sexo: M Cor: BRANCA
 Mãe: NAO Pai: SAMU
 Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 1
 CEP: 59607100 Bairro: AEROPORTO Cidade: MOSSORÓ
 Telefone: Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - CICLISTA
 Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:
16/02/2020 11:45:00

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Puls	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		99		18	88			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO BICICLETA - MOTO, POSSÍVEL FRATURA DE TORNOCÉLVEO E TÍBIA E, ESCORIAÇÕES PELO CORPO.
 Dt e Hora: 12:00

Paciente vítima de queda de bicicleta - após colisão em moto - nega ferimentos -
 Negar ferimentos - nega ferimento na cabeça. Relata dor estômico e dor no membro esquerdo.
 Negar dor no membro direito. Sustenta dor devido ao impacto da queda.
 1: dor estômico referido como estreñimiento constante.
 2: dor estômico em Ait 1 não evita referir.
 C: dor estômico permanente com 10. F.C. 5.000
 D: dor estômico e profundidade. Gastro 15. Sem efeitos nulos!

ÁREA DA CR. CIR. N° 12

Diagn. Inicial: Trauma

Dr. Marcus Antônio Magreiro Mendes
 Cirurgião Geral Endocrinologista Diabetologista
 CRM-FRN 1877
 Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(1) Avaliação do ortopedista			
(2) Autorização de exames laboratoriais em 156			

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 16/02/2020

SANE/ARQUIVO

B1/MG

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

CID 822-P Proc. 0408050535 Data: 16/02/20 Hr: _____ Médico: _____

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 16 de Fevereiro de 2020.
 Carimbar) (Assinar e

012
 012
 012



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 CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (8 - 817/2020)	6 - N° DO PRONTUÁRIO 212052			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1985	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACIAÇÃO BRANCA	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE TERESINHA VIEIRA DE ARAUJO	12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 988504104			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL CRISTIANO ALVES DE ARAUJO	14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) TIBERIO BURLAMAQUI, 1723 - BARROCAS	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORÓ	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59621130

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dor de -to e dor no
calcaneo (R) e (L) (R)*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Indicar cirurgia

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

Ro + RT friso

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO CALCANEU

24 - CID 10 PRINCIPAL
S92.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEU

28 - CÓDIGO UO PROCEDIMENTO
408050535

29 - CLÍNICA

ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

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

04865066497

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

IGO WALESKO DE MELO OLIVEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/02/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGUROADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 21/02/2020

SAME / ARQUIVO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Name Cristiano Alves de Araújo Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fractura calcâneo fibular

Indicação terapêutica: Osteosíntese parafixa calcâneo

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Gláuber

1º Auxiliar: Dr. Igo

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Fábio

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

Incisão em dobleto direito los artelos

Desnudecimento + osteotomia + campo estéril

Incisão face lateral do calcâneo e da tibia para levantos

Revascularização da fratura e fechado com os ferimentos

Grampos + I parafuso

Sutura plástica nylon 3.0

Curativo oculto

Colo sete art. 16

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21/02/2020

B.W.

SAME/ARQUIVO

Dr. Gláuber Alves de Araújo
Assinado em 21/02/2020
CNPJ 12.345.678/0001-00



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Gusttavo Alves de Andrade Núm. Pront.: 16-0270
Cirurgia: TT cc fist de tansoglo anti Data: 16-02-10
Cirurgião: Dra. Gessilene Auxiliar: Instrumentadora: Gessilene
Anestesista: Rodrigo Anestesia: Rogere
Início da Cirurgia: 17:00 Término: 17:50

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 Unidades
* GASES	80 Unidades
* ESPARADRAPO	80
* COMPRESSAS	1 Unidade
* LÂMINA DE BISTURI N°	3 pares de coda
* LUVAS	3 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	1000
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGASTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	100 2 Unidades
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	10 c/4
* OUTROS FIOS	1000 3/4
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	1000
* XILOCAINA A 2%	1000
* ABD	1000 pachecos



20/02/2020

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

Nome: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO 34 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 305-4
DATA DA ADMISSÃO: 16/02/2020 MOSSORÓ - RN CÓDIGO: 57613

DATA DA ADMISSÃO/CF:	16/02/2020	MOSSORÓ - RN	CÓDIGO:
DATA:		Evolução	5/6/2
Nº fraturas:	4º DIR: POI OSTEOSINTESE CALCANEURO ESQUERDO + FX OSSOS DA PERNAS ESQUERDA - EM USO DE BOTA GESSADA (DM2)		
06			
	QP: SEM QUEIXAS		
	EF: BEG, CÔTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO, EUPNEICO		
	ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF		
	AR: MVV- EM AMBOS HEMITORAX, SFA		
	ABD: ATÍPICO, PLACIDO E INDOLOR A PALPACAO.		
	MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP, EM USO DE BOTA GESSADA		
	SITUAÇÃO:		
	SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA		
	LABORATORIO (18/02/2020): Hb: 12,1 HT: 95 LEUCO: 6.400 (LINFOCITOS) UREIA: 21 CREAT: 0,6 GLIC: 205 TS: 1,3		
	MIN TC: 8 MD:		
	CD:		

PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA VÓ PARA DM	
2	SF 0,9% 1500 ML EV, PARA 24 HRS	de-22-32
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/6 HR SE NECESSARIO	SIN
4	TRAMADOL 100MG + 100ME SFD,9% EV 8/8 HORAS SIN	SIN
5 D4/D10	OXACILINA 500 MG -C4 AMP + 100 ML SF 0,9% - EV 6/6H	JO 16-22-01
6	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	06
7	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	16
8	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	10 16-22-04
9	GLUCOSE 50% - 6 AMP EV SE HGT<70	SIN
1D	SSMV + CCGG	Botafogo

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
DATA: 05/08/2010

SAME / ARQUIVO

Dr. Ticiano Guedes Nogueira
Ortopedista
Suz 2017

23/02/20 - AUS MEDIC

THUR. JAN 26 1960

POPOVIA

Diego Arribalzaga
CRM 001
RO 100
TEOT-100



Prontuário: 212052



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **CRISTIANO ALVES DE ARAUJO** (Fia: 817/2020), CPF:06486911441.

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

Mossoró/RN, 16 de Fevereiro de 2020.

marcio Rodriguez Alves
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21/02/2020
B160
SAME / ARQUIVO



20/02/2020

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

Nome: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMÁRIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 16/02/2020
34 ANOS
Letra: 305-4
MOSSORÓ-RN
CÓDIGO: 57613

DATA DA ADMISSÃO: 10/02/2020 **EVOLUÇÃO**
 N°fraturas: 4º DÍM. POI OSTRÓFOS/INTESÉ C/ CÂMPO ESQUERDO - FX OSSOS DA PERNAS ESQUERDA - EM USO DE
 03 BOTA GESSADA (DMG)
 QP: SEM QUEIXAS
 EF: BEG, GOTU, ANA. NORMOCORADA E HIDRATADA, ELPNEICO
 AECV: RCR, 21, SEM SOPRO, 3NF
 AR: MV+ EM AMBOS TÉMITÓRAX, SDA
 ABD: ATIPICO, FLACIDO E INDOLORE A PALPACAO
 MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TEP, EM USO DE BOTA GESSADA
 SITUAÇÃO:
 SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SIS NEG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
 LABORATORIO (18/02/2020): HB: 12,1 HT: 35 LEUCO: 6.400 (INFOCITOS) UREIA: 21 CREAT: 0,6 GLIC: 205 TS: 1,3
 MIN TC: 8 MIN
 CR:

PREScriÇÃO		HORARIO
1	DIETA VOPA/ADM	
2	SP 0,9% 1500 ML, EV, PARA 24 HRS	03 22 32
3	DIPRIVONA 2ML + 8ML DE ABD, EV, 6/6 HR SE NECESSARIO	5/11
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SP 0,9% EV B/8 HORAS 5H	5/11
5	OXACILINA 500 MG - C4 AMP + 100ML SP 0,9% - EV 6/6H	10 16 22 04
6	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	16
8	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	10 16 22 04
9	GLICOSE 50% + AMP EV SE HGT < 70	5/11
10	SSWV + CCGG	Activa/11

Dr. Agimarcos Caldas L. Nogueira
Ortopedista
CRM-4017

23/02/20 - AJA in 610

Flavor Tag for wine

POPOVIA

Diego Arribalzaga
OR
RE
TECH





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Minikara Alves da Almeida Idade: 34 Nº Reg. _____

Serviço: Terapêutica Enr: 300 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Solicita exame cardíaco

Fabiano Dantas da Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 46176
CRMN: 6672

Mossoró, 18 de fevereiro de 2020

Médico que solicita o parecer

PARECER: 340002 - Exame de estresse. Sua pressão arterial é de 140/80 mm Hg. Bem tolerado.

ABP: PAP 37, DAP 122-80 mm Hg. Bem tolerado.

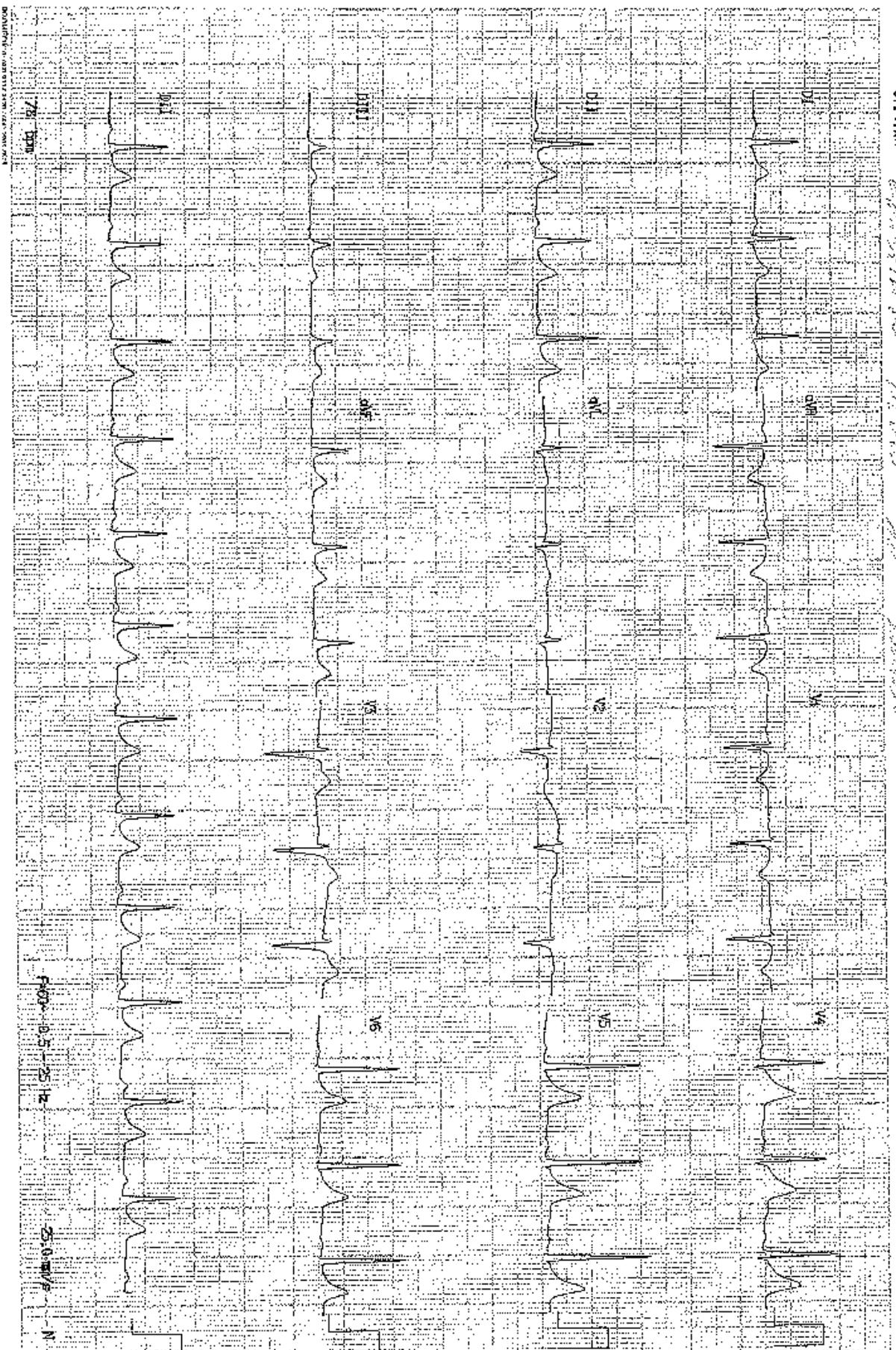
M - Muito Muito Bem.

ECG: Dentro da normalidade.

Conclusão: Bem, exames normais.

RJ/2020

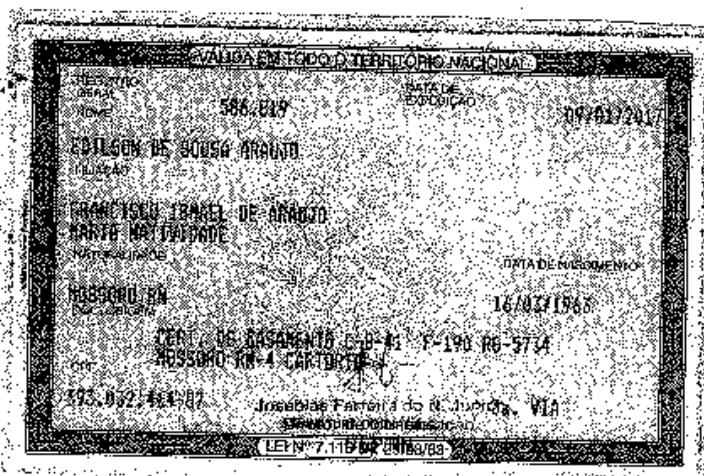

Arturo Ribeiro da Mota
Cardiologista / Intensivista
CRM-RN 1001



17/09/2020 14:30

Documentos





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Cristiano Alves de Araújo, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, Data do Acidente 16/10/2020
Cobertura Invalides, portador(a) do RG 002545335, órgão expedidor
Hep e do CPF: 064869334-43, residente no(a)
Rua Tiberio Bulamay que, nº 3723,
bairro: Batucás, município: Morais, / /

OUTORGADO:

Nome: Edilson de Souza Araújo, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
586839, órgão expedidor Hep e do CPF: 393032414-81, residente
no(a) Rua Tiberio Bulamay que, nº 3723,
bairro: Batucás, município: Morais, / /

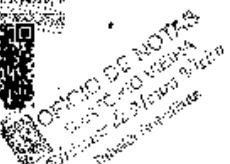
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

16/10/2020 - Morais - 16/10/2020

Local e Data

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160511/20

Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

CPF: 064.869.114-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2020

Titular do CPF: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON DE SOUSA ARAUJO : 393.032.414-87

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

CRISTIANO ALVES DE ARAUJO : 064.869.114-41

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2020
Nome: EDILSON DE SOUSA ARAUJO
CPF: 393.032.414-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

EDILSON DE SOUSA ARAUJO

THIARA VIRGINIA DA HORA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>
Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 18



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

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200206359 **Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO**

Data do Acidente: 16/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSON DE SOUSA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15847016

Pag. 00449/00450 - carta_01 - INVALIDEZ



00020225



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>
Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 19

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

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200206359 **Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO**

Data do Acidente: 16/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSON DE SOUSA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **0000057016-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>
Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PRAZO DE PAGAMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSP N° 443/2012	
5 - Nome completo: <i>Cristiano Alves de Araújo</i> 6 - CPF da vítima: <i>064869334-41</i> 7 - Profissão: <i>Antônio Alves</i> 8 - Endereço: <i>Rua Tiberio Brilamargue</i> 9 - Número: <i>3723</i> 10 - Complemento: <i>Casa</i> 11 - Bairro: <i>Batucá</i> 12 - Cidade: <i>Mossoró</i> 13 - Ponto: <i>51623-330</i> 14 - Uf: <i>RN</i> 15 - E-mail: <i>Não Possui</i> 16 - Telefone: <i>(84) 49827-0066</i>	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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 - TURMA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input 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:	
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos do Rio, assimile uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (287) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <i>(3069)</i> CONTA: <i>57036-04</i>	
Informar o digito social: <i>(informar o digito social)</i> Informar o digito social: <i>(informar o digito social)</i>	
Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que sou titular de direito, recorrendo e dando, desde já, o consentimento para a efetivação do crédito, quitando total da valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, em as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do IML (Instituto Legal) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 12.507/07), sob a razão que: * Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; * 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 realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias à pedido. Sóbrito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito envolvidos por veículos automóveis, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa privá-la de direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua constatação.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
23 - Estado civil do vidente: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (se Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Causa da morte 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 e endereço:	
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim teve filhos: <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: 30 - Vít	

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERATIVA

AUTOMATIZADO - AG. TERRA DO SAL
DATA: 17/03/2020
TERMINAL: 30641021
HORA: 16:13:19
CONTROLE: 306410210657

CONTA CREDITADA: 3064 013.00057010-7
NOME: CRISTIANO ALVES DE A
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99960-9618
NÚMERO DO ENVELOPE: 4833042354

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2º DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025931/2020-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2020 13:22 Data/Hora Fim: 10/03/2020 13:23
Origem: Data: 10/03/2020
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 16/02/2020 01:15

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Barrocas
Logradouro: Marechal Deodoro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CRISTIANO ALVES DE ARAÚJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 15/04/1985	Idade: 34 anos
Naturalidade: RN - Mossoró	Profissão: Ajudante Geral			
Estado Civil: Solteiro(a)				
Nome da Mãe: Teresinha Vieira de Araújo				

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 064.069.114-41

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Rua Tibério Bulamarque
Bairro: Barrocas
Telefone: (84) 98738-8515 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO EM UMA MOTO, NÃO SABE INFORMAÇÕES (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Idade:

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Outros veículos
Descrição: Bicicleta	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Nome Envolvido: Cristiano Alves de Araújo	- Envolvidos Proprietário

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 10/03/2020 13:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025931/2020-A02

RELATO/HISTÓRICO

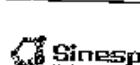
O comunicante declarou que conduzia a sua bicicleta na via quando, ao manobrar para acessar uma rua, o autor do fato com velocidade excessiva, colidiu a sua moto contra a lateral do seu transporte, em seguida se evadiu do local; Que sofreu queda na via da sua bicicleta; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não deseja representação criminal; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1690205
Responsável pelo Atendimento

Cristiano Alves de Araújo
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de justiça que sou eu (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e que não posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 310-Comunicação Falsa de Crime em 1º Grau do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Ezequer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data da Impressão: 10/03/2020 13:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

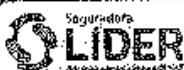
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Vine - verso



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 15/09/2020 19:32:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091519321170900000057569513>
Número do documento: 20091519321170900000057569513

Num. 59994210 - Pág. 24



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

		PEDIDO DO SEGURO DPVAT					
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MÓRTE							
2 - Nº do sinistro ou ASL: 064869334-41		4 - Nome completo da vítima: Cristiano Alves de Araújo					
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012							
3 - Nome completo: Cristiano Alves de Araújo		7 - Profissão: Autônomo		8 - Endereço: Rua Tíberio Bulamargue		9 - Número: 3423	
11 - Bairro: Barrocas		22 - Cidade: Floriano		13 - Estado: PI		14 - CEP: 59621-330	
15 - Email: Não tenho		16 - Telefone: (84) 99827-0066		10 - Complemento: Casa			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURRADOR							
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 checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAN <input type="checkbox"/> SEM RENDA				<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$2.500,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIFUNÇÃ (sómente para os beneficiários. Adicione uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (dados os bancos)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343)		Nome do BANCO: _____					
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)							
AGENCIA: 3064 CONTA: 57036		AGENCIA: _____ CONTA: _____					
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)		(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)					
Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecido e devido, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.							
22 - DECLARAÇÃO DE NÚMERO DE LIVRO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Livro do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.250/74), uma vez que:							
a) Não há IML que atenda à regulação do acidente ou da minha residência; ou							
b) O IML que atende à regulação do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou							
c) O IML que atende à regulação do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.							
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, visando à validade permanente, com base na documentação médica apresentada e a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito ocorrida por veículos automotores, conforme o disposto na Lei 6.250/74.							
Peço-lhe que esta autorização não significa prévia concordância com a minha avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Habilidado <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data de falecimento da vítima:					
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou conselho(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou conselho(s), informar o nome completo:					
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tiver filhos, informar: 30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem seu parentesco, estando vivos, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verificada poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.							
34 - _____		35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):		36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):		37 - Assinatura da pessoa assinante o pedido (a rogo):	
38 - 16 - Data:		39 - 2º: Nome:		40 - CPF:		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):		43 - Assinatura do Curador (se houver):		44 - Assinatura do Procurador (se houver):			
45 - 001 V002/2018							