

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, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204009

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200204009 **Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA**

Data do Acidente: 09/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

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\$ 2.362,50

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

Recebedor: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 000010067879-3

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.

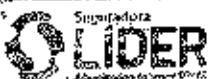
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N.º do cadastro da ASL:

3 - CPF da vítima:

034 580 324-40 | 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER. N.º 015/2012

5 - Nome completo:

Bronuke Diego Morqueta Paiva

7 - Profissão:

Borbeiro

Endereço:

Rua Tere

11 - Bairro:

Roncador Treze de Maio

12 - Cidade:

Motoboys

13 - E-mail:

zack.klein.borboleta.25@hotmai.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:

REUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (corrente para o banco abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (bancos abaixo)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (204)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTAS:

AGÊNCIA: 4391

5

CONTA: 67 879 4

(Inserir o dígito de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Entendo 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 me submeter à análise médica, presente, caso necessário, os exames da Seguradora Líder para verificação da evolução e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta abertura não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou tenho o direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data de

obito da vítima:

25 - Endereço com a vítima:

26 - Vítima deixou companion(a): Sim Não

27 - Se a Vítima deixou companion(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deu a

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou

Sim

filhos:

34 - Falecidos:

35 - Vítima deu a

Sim

36 - Vítima

Sim

37 - Se tinha irmãos, informar:

38 - Vítima deixou

Sim

37 - Vítima:

Não

38 - Se tinha filhos, informar:

39 - Vítima deu a

Sim

40 - Vítima

Sim

41 - Se tinha irmãos, informar:

42 - Vítima deixou

Sim

39 - Vítima:

Não

40 - Se tinha filhos, informar:

41 - Vítima deu a

Sim

42 - Vítima

Sim

43 - Se tinha irmãos, informar:

44 - Vítima deixou

Sim

40 - Vítima:

Não

41 - Se tinha filhos, informar:

42 - Vítima deu a

Sim

43 - Vítima

Sim

44 - Se tinha irmãos, informar:

45 - Vítima deixou

Sim

41 - Vítima:

Não

42 - Se tinha filhos, informar:

43 - Vítima deu a

Sim

44 - Vítima

Sim

45 - Se tinha irmãos, informar:

46 - Vítima deixou

Sim

42 - Vítima:

Não

43 - Se tinha filhos, informar:

44 - Vítima deu a

Sim

45 - Vítima

Sim

46 - Se tinha irmãos, informar:

47 - Vítima deixou

Sim

43 - Vítima:

Não

44 - Se tinha filhos, informar:

45 - Vítima deu a

Sim

46 - Vítima

Sim

47 - Se tinha irmãos, informar:

48 - Vítima deixou

Sim

44 - Vítima:

Não

45 - Se tinha filhos, informar:

46 - Vítima deu a

Sim

47 - Vítima

Sim

48 - Se tinha irmãos, informar:

49 - Vítima deixou

Sim

45 - Vítima:

Não

46 - Se tinha filhos, informar:

47 - Vítima deu a

Sim

49 - Vítima

Sim

50 - Se tinha irmãos, informar:

51 - Vítima deixou

Sim

46 - Vítima:

Não

47 - Se tinha filhos, informar:

48 - Vítima deu a

Sim

49 - Vítima

Sim

50 - Se tinha irmãos, informar:

51 - Vítima deixou

Sim

47 - Vítima:

Não

48 - Se tinha filhos, informar:

49 - Vítima deu a

Sim

50 - Vítima

Sim

51 - Se tinha irmãos, informar:

52 - Vítima deixou

Sim

48 - Vítima:

Não

49 - Se tinha filhos, informar:

50 - Vítima deu a

Sim

51 - Vítima

Sim

52 - Se tinha irmãos, informar:

53 - Vítima deixou

Sim

49 - Vítima:

Não

50 - Se tinha filhos, informar:

51 - Vítima deu a

Sim

52 - Vítima

Sim

53 - Se tinha irmãos, informar:

54 - Vítima deixou

Sim

50 - Vítima:

Não

51 - Se tinha filhos, informar:

52 - Vítima deu a

Sim

53 - Vítima

Sim

54 - Se tinha irmãos, informar:

55 - Vítima deixou

Sim

51 - Vítima:

Não

52 - Se tinha filhos, informar:

53 - Vítima deu a

Sim

54 - Vítima

Sim

55 - Se tinha irmãos, informar:

56 - Vítima deixou

Sim

52 - Vítima:

Não

53 - Se tinha filhos, informar:

54 - Vítima deu a

Sim

55 - Vítima

Sim

56 - Se tinha irmãos, informar:

57 - Vítima deixou

Sim

53 - Vítima:

Não

54 - Se tinha filhos, informar:

55 - Vítima deu a

Sim

56 - Vítima

Sim

57 - Se tinha irmãos, informar:

58 - Vítima deixou

Sim

54 - Vítima:

Não

55 - Se tinha filhos, informar:

56 - Vítima deu a

Sim

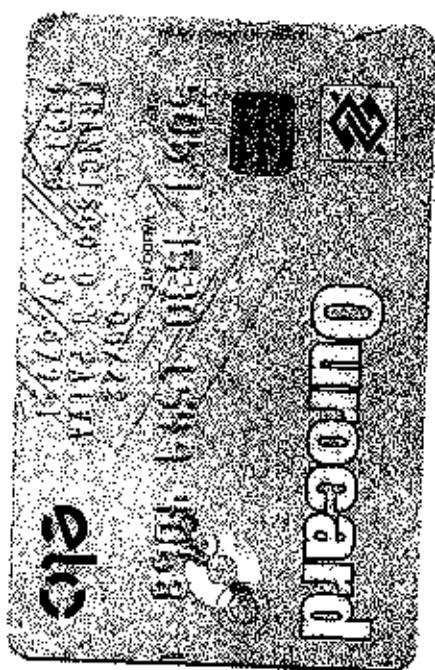
57 - Vítima

Sim

58 - Se tinha irmãos, informar:

59 - Vítima deixou

Sim





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025829/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2020 10:48 Data/Hora Fim: 10/03/2020 11:00
Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 09/02/2020 23:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Aeroporto

Logradouro: Br 304 proximo ao cemiterio novo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 26/06/1990 Idade: 29 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Barbeiro
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Celijania Marques Cruz de Paiva

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua- fore

Nº: 1201

Bairro: planalto 13 de maio

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: MotoCicleta/Motoneta

Descrição: motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 097.580.324-70

Placa: QGV7154

Renavam: 01191218098

Número do Motor: JB01E0K201353

Número do Chassi: 9C2JB0100KR201345

Ano/Modelo Fabricação: 2019/2019

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Município Veículo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/POP 110I

Modelo: HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização: Debran: 15/05/2019

Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Diego Marques Paiva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 10/03/2020 11:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025829/2020

o declarante veio noticiar de um acidente de trânsito ocorrido na data hora e local citado, onde o declarante colidiu com um animal na pista e teve lesões, solicita o presente para fins de seguro DPVAT. Nada mais disse;

ASSINATURAS

Regina Fátima Santos

Agente de Polícia
Matrícula 83.582-0

Responsável pelo Atendimento

Francisco Diego Marques Paiva

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de ofício que sou o(a) delegado(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei aqui, conforme previsto nos Artigos 339-Desnaturação Cível e 340-Comunicação Falsa de Crime em da Constituição do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Atº do sinistro ou A.S.C.

3 - CPF da vítima:

094.580.324-40

4 - Nome completo da vítima:

Pionerito Diego Marques Poiva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍRCULO SUSP. 04/ABR/2012

5 - Nome completo:

Pionerito Diego Marques Poiva

6 - CPF da vítima:

6 - CPF:

094.580.324-40

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Bairro:

10 - Cidade:

11 - Estado:

12 - CEP:

13 - E-mail:

14 - Telefone:

15 - Celular:

16 - Telefone:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - FAIXA DE RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PÁS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adinsserviço depo)

Bradesco (237)

Itaú (941)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Banco do Brasil (001)

Bradesco (237)

Itaú (941)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Agência:

Conta:

Informar o dígito de verificação

</div

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010067879-3

Nr. da Autenticação A6CCBD3EE70E1FAF



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.408, de 26/04/2002

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 120, Bairro, Natal - RN. CEP 59025-050
CNPJ 06.284.155/0001-31 / Nis. Est. 42/03/1984 | www.cern.com.br

የፌዴራል የፌዴራል ተክኖሎጂ እና ማመልከት

EXPERIÊNCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 097.589 824-70

PLANO DE TRILHO DE MAIS ALTA URRANA
MOSSORÓ/RN

Classifications
RESIDENCE/2
[REDACTED]

03934159 | UNCA | 0002023

7015952010 02/2020
11/12/2020 01/03/2020 63,05

Consumo Álcool (Whl)-111501
Consumo Álcool (Whl)-12
Acrescimo (Balança) ANATELA
Controle Interno Pública Municipal
Sistema de Unidade Operacional

QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR TOTAL
77.100000	C 02817010	R\$ 11.100,00
77.000000	C 03328000	R\$ 1.000,00

TOTAL DE FATTURA

63/15

CONDUZILO/RODO M 5/06/2020 DATA P/ EMISSÃO/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 63,05



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.408, de 26/04/2002

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 120, Bairro, Natal - RN. CEP 59025-050
CNPJ 06.284.155/0001-31 / Nis. Est. 42/03/1984 | www.cern.com.br

የፌዴራል የፌዴራል ተክኖሎጂ እና ማመልከት

EXPERIÊNCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF. 097.589 324-70

PLANO DE TRILHO DE MAIS ALTA URRANA
MOSSORÓ/RN

Classifications
RESIDENCE/2
[REDACTED]

7015952010 02/2020
11/12/2020 01/03/2020 63,05

Consumo Álcool (Whl)-111501
Consumo Álcool (Whl)-12
Acrescimo (Balança) ANATELA
Controle Interno Pública Municipal
Sistema de Unidade Operacional

QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR TOTAL
77.100000	C 02817010	R\$ 11.100,00
77.000000	C 03328000	R\$ 1.000,00

TOTAL DE FATTURA

63/15

Environ Monit Assess (2009) 151:115–120
DOI 10.1007/s10661-008-0877-7
© Springer Science+Business Media B.V. 2009

CONTADOR/GERENTE: MRSUNSHINE/20 DATE: 06/06/2020 TOTAL ABRIL (RS) 63,05



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraibidem.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 0320-1590 / Outras regiões: 0800 022 12 64
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para clientes autônomos e de fala): 0800 022 12 46 | Centro de Ouvidoria: 0800 621 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da 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, entre os documentos de identificação, informações acerca da profissão da feixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornece as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por não terem sido informados, ficarão sujeitos à multa de R\$ 100,00 (cem reais).

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINANCIAMENTO DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS EXCLUIDAS DA LEI N.º 9.637/98.

Pelo exposto, eu João Vicente de Freitas Neto
Inscrito (a) no CPP/CNPJ 034.934.502/80 na qualidade de Procurador (a) / Interveniente (e) da Beneficência
Francisco Diego Matogrosso Paiva Inscrito (a) no CPF sob o N° 094.580.334/40
do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Francisco Diego Matogrosso Paiva
Inscrito (a) no CPF sob o N° 094.580.334/40, conforme determinação da Circular Susep 415/12:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Sepultadora Jüber-DPWAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na validação penel provisória de 05 (cinco) anos.

Endereço: Rue Tote Número: 1201
Bairro: Monteiro Lobato Complemento: lote
Cidade: Malhada CEP: 59631-390
Email: Wne Pottani Tel/DDD: (84)99824.0066

Initials: WMB RN 28/05/20

José Vicente de Frutos Mota
Assinatura do Declarante



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 93

Mossoró 05 de Março de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Animal

Data da Ocorrência: 09/02/2020

Local da ocorrência: BR-304, próximo Cemitério.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

Hora do Chamado: 23h 10min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do SAMU 192 Mossoró.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Francisco Diego Marques Paiva, 29 anos, portador de RG: 002.732.453.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvana do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Matr. 0405418-2
CRM/RN 5999

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU / Mossoró

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 57294 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (29 a 7 m 14 d)

Nascimento: 25/06/1990 Natural: MOSSORÓ-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: CPF: 09758032470

Prof:

Mãe: CELIJANE MARQUES CRUZ DE PAIVA Pai: EMIDIOMESTEVAN DE PAIVA

Logradouro: ESTUDANTE ODILON RODRIGUES, 10

CEP: 59633110 Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.99735602

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.

Classificação:

PESO:

09/02/2020 23:40:26

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	160 120		99		18	122			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO/ACAC, CONSCIENTE, ORIENTADO, RETANDO DOR EM OMBRO E ANTEBRAÇO E COM PROVAVEL FRATURA DE ANTEBRAÇO, DOR EM COLUNA TORAXICA.

Dt e Hora: 09/02/2020

Presente sistema OR/coluna dor - animal, rebato animal, rebato animal, dor.

Exames: exames normais, com exame que

a- n.v. & estatorax, defesa e sensibilidade

b- estatorax doloroso e sensivelmente

c- dor

d- dor

e- dor

f- dor

g- dor

h- dor

i- dor

j- dor

k- dor

l- dor

m- dor

n- dor

o- dor

p- dor

q- dor

r- dor

s- dor

t- dor

u- dor

v- dor

w- dor

x- dor

y- dor

z- dor

Diagn. Inicial: fractura de coluna toracica - assintomatica.

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Sistole TO de crânio + cervical			
② Sistole retrograda TO de torax +			
antebraços, referindo			
③ analgesico TO NC + antebraços			
Dipirona 1g / AD IV		08:09	
Titil 40mg / AD IV		08:09	
() Dexametasona 10mg			
() Tramadol 100mg			

100210 00:30 NCR Fones

Paciente com relato de colisao moto animal com TO indiquente.

AO exame: TO 16, um gavioas visíveis cervical.

TO cervical + coluna cervical sintoma protuso TO cervical. Sintoma cervical intensamente.

TO cervical sintoma intensamente.

WILSON ROSADO

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59631-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Nº AIH

Endereço	1225950
At.	29/02/2020
h:	14:09

BOLETIM DE ADMISSÃO

DANIEL F

3531 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

LTIERO(A) - Sexo: MASCULINO - 25/06/1990 - 29 A, 8 M, 4 D CPF: 097.580.324-70 RG: 002432453

n: 706003880014640 Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO

a: 218-01 Enfermaria: 218 - 218 - AP

lereço: TORÉ, Nº 1.201 - CEP: 59600-010 Bairro: PLANALTO 13 DE MAIO

ade: C66 - 2408003 - MOSSORÓ/RN Profissão: Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

EMÍDIO ESTEVAO DE PAIVA Mãe: CELUANIA MARQUES CRUZ DE PAIVA

zialidade: MOSSORÓ/RN Caráter de Atendimento: URGÊNCIA

ponsável: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

cadimento Solicitado: 1168-DIARIA ENFERMARIA SIMPLES - 03 LEITOS (SEM AR-CONDICION - 551 - FERIM DO ANTEBRAÇO

gnóstico Definitivo: Acomodação:

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

teira:	Resultado			
idade: 30/12/1899	<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido -48 Horas
torização HOSPITAL WILSON ROSADO	<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÕES	<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Obito
is: CONVÉNIO: <u>Particular</u>	<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Evasão
	<input checked="" type="checkbox"/>	DESJEJUM	<input type="checkbox"/>	Indisciplina
	<input type="checkbox"/>	ALMOÇO		
	<input type="checkbox"/>	JANTAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>AS 03 REFEIÇÕES</u>
<u>WILL</u> RESPONSÁVEL				Transferido:

HISTÓRICO CLÍNICO

Francisco Diego Marques Paiva -> Carla Cristina C. da Silveira

Diagnóstico Provável

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedista - Especialista
Ortopedia - Traumatologia

Carla Cristina Oliveira da Silveira

RESPONSÁVEL

RAPHAEL MACHADO GONCALVES



Paciente:

Fernando Diego

Nº Reg.:

Convênio:

Port

Cirurgia Realizada: *Intervenção de biliar de adeno-carcinoma*

Data da Cirurgia: *27/06/2001*

Inicio:

Término:

MATERIAIS

MATERIAIS

Abocath Nº		Gorros Desc.
Algodão Ortopédico cm		Látex
Aguilha Descartável Nº		Lâmina de Bisturi Nº
Ag. Raque		Lâmina de Bisturi Nº
Ag. Peridural		Luva Estéril Nº 6,0
Ag. Sutura Curva		Luva Estéril Nº 6,5
Atadura Gessada cm		Luva Estéril Nº 7,0
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 7,5
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 8,0
Azul de Metíleno ml		Luva Estéril Nº 8,5
Bolas de Algodão		Luva de Procedimento
Bolsa para Colostomia		Máscara Desc.
Capa para Vídeo		Micropône cm
Capa Microscópio		Multi Vias
Cateter para Oxigênio		Óleo Dersene ml
Cateter Acesso Central		Perfusor 7
Cateter Peridural		Pinalt
Cera Óssea		Propés
Compressas 05 und		Pomada Kolagenase G
Coletor de Urna Aberto		Saco Estéril
Coletor de Urina Fechada		Scalp
Colonóides g.		Seringa 1 ml
Clip Cirúrgico		Seringa 3 ml
Dreno Tórax		Seringa 5 ml
Dreno Penrose Nº		Seringa 10 ml
Dreno Portovak Nº		Seringa 20 ml
Fscovas com PVPI		Seringa 60 ml
Equipo para Soro		Sonda Endotraqueal Nº
Equipo BIC		Sonda Nasogástrica Nº
Equipo p/ Hemocomponente		Sonda Vesical Nefalon Nº
Equipo Folossensivel		Sonda Vesical Foley 02 Vias Nº
Eletrodo Desc.		Sonda Vesical Foley 03 Vias Nº
Espadrapo		Sugicel
Extensor de Equipo		Tela de Polipropileno
Faixa de Smarch cm		Tubos de Ventilação
Frasco p/ Biópsia		Verde Brilhante
Gases 10 und		Xilocaina Gel
Gel Foon		Xilocaina Spray
Gel para Eletrodo		Traqueostomo

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS

ABD 10 ml		Dormonid
ABD 1000 ml		Decadron
Adrenalina		Dipirona
Atracurio		Dramin
Atropina		Efedrin
Aturgyl Colírio		Efortil
Cefalotina 1g		Efdrina
Clorin		Esmeron

Eu, abaixo qualificado,

Responsável FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA	Parentesco O MESMO	
Paciente FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA	Nascimento 25/06/1990	RG 002432453
Endereço TORE	Leito 218-01	Enfermaria 218 218 - AP

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direto, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste CARDIODIAGNÓSTICO LTDA, sediado a PEDRO VELHO, 250 de MOSSORÓ.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÉNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) PARTICULAR - PLANO ÚNICO

Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS RECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÉNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

OSSORÓ, 29 de fevereiro de 2020

X Francisca Custome Marques Paiva
FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Testemunha
Nome: _____
RG: _____

Testemunha
Nome: _____
RG: _____

TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
(Consentimento Informedo)

Sr. (a) Fábio Henrique Pires

RG: 002.432.413 CPF: 071.551.217-07 pelo presente instrumento, declaro plena

autorização ao Dr. Kayhane CRM/RN 6.120 e sua equipe, para realizar o(s) procedimento(s), cirúrgico(s) ou tratamento(s)

ou algum(ns) outro(s) procedimento(s) que por ventura se fizer(em) necessário(s) durante o ato operatório, e ainda realizar anestesia(s), transfusões de sangue e demais condutas médicas que atendam às necessidades clínicas e cirúrgicas do caso.

Declaro que fui claramente informado(a) e comprehendi a proposta do tratamento, procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios e os riscos cirúrgicos e anestésicos, bem como estou ciente das complicações que podem advir do tratamento do tipo queijoide, assimetrias, alergias, alterações de sensibilidade e motricidade, reações a curativos, hematomas, edemas, paresias transitórias ou não, além de complicações e limitações relacionadas com a(s) cirurgia(s) a ser(em) realizada(s) e riscos mais graves, reações alérgicas, parada respiratória, parada cardíaca e morte, e, ainda assim, assumo os riscos e autorizo a realização do procedimento proposto.

Declaro, ainda, estar ciente dos riscos e benefícios da anestesia a que vou ser submetido(a) e estou de pleno acordo com a anestesia proposta e assumo a responsabilidade de me submeter a outro tipo de anestesia, caso a equipe de anestesistas julgue necessária.

Assumo também a responsabilidade de retornar quantas vezes for necessário no pós-operatório e guardar repouso conforme orientação da equipe médica, não tendo a mesma nenhuma responsabilidade quanto ao procedimento cirúrgico realizado de forma desacordo neste termo de consentimento caso eu proceda de modo diverso.

Estou ciente da obrigatoriedade de não fumar, não usar narcóticos, remédios de emagrecimento ou outros tipos de drogas nem antes, nem durante, e nem depois do procedimento cirúrgico proposto dado os perigos exacerbados do uso deste tipo de substâncias.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente. Declaro ter sido submetido(a) a todos os exames pré-operatórios que foram julgados necessários para a realização do procedimento, inclusive o risco cirúrgico, avaliado por um especialista. Declaro ainda que fui esclarecido(a) pelo meu médico assistente dos detalhes da cirurgia, procedimento ou tratamento e estou ciente de que nenhum resultado específico me poderá ser garantido, visto que o facultativo informaçõe sobre meu estado de saúde e condições emocionais, considerando-me apto(a) a ser submetido(a) a(s) procedimento(s) supra mencionados, concordando assim, em seguir as orientações consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, pois entendo que a observância de tais recomendações são de vital importância para obtenção de um bom resultado.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames anáATOMO-PATOLÓGICO ou utilizados com propósito médico, que se fizerem necessários.

Por fim, assumo, por livre e espontânea vontade, total responsabilidade por todas as despesas médicas e hospitalares, ou de qualquer natureza, decorrentes desta assistência, comprometendo-me a saldar as mesmas por ocasião da alta ou da retirada do(a) paciente.

Mossoró, 21 de fevereiro de 2020

Karla Cristina C. da Silva
Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Certifico que expliquei detalhadamente o procedimento/ cirurgia/ tratamento, seus benefícios, riscos e suas alternativas. Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas e acredito que o paciente/ responsável, Sr(a): _____ compreendeu tudo o que expliquei.



Paciente: 31230000000000000000
Idade: _____ Data: 23/03/2008
Convênio: _____

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: _____ CRM: _____
2. Cirurgia Secundária: _____ CRM: _____
3. Cirurgião: _____ CRM: _____
1º Auxiliar: _____ CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____
4. Anestesista: _____ CRM: _____
5. Instrumentador: _____ COREN: _____

6. Tecido removidos: Não Sim Especificar: _____
7. Análomo Patológico: Não Sim
Laudo: Maligno Benigno Dr: _____
8. Classificação da Cirurgia: Limpa Potencialmente contaminada
 Contaminada Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: Não Sim
10. Programação: Efetiva Urgência Emergência
11. Trauma: Não Sim Data: _____ Hora: _____
12. Infecção atual em outro Sistema: Não Sim Tipo: _____
13. Drenos: Não Sim Tipo: _____
14. Prótese (s): Não Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso
Dr. Raphael Macêdo Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: 23/03/2008 _____
Para anestesia local, informar: _____
Hora do Início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____

Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME				DATA				
Fábio Teles da Menezes Soárez				20/06/2013				
SERVIÇO		ANESTESISTA	CIRURGIÃO					
IDADE		SEXO	POB	PR. ART	PULSO	TEMP	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO
m		PS	1960	72	37	36	1 2 3 4 5	
DIAGNÓSTICO								

OPERAÇÃO REALIZADA

Início: 12:00 - Fim: 13:45 - Duração: 1 hora 45 min - Cirurgião: Dr. César

INÍCIO 12:00 TERMINO DURAÇÃO

ROTINA EMERGÊNCIA EXTRA

SpO₂ 95 95 95 95 95

ETCO₂

HORA

A
G
E
N
T
E
S

CÓDIGO

ANESTESIA X 220

OPERAÇÃO 200

INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL 100

180

PRES. SISTOL. V 140

PRES. DISTÓL. A 120

PULSO. ♦ 100

80

RESP. ASSIST. -RA 60

RESP. EXPONT. -RE 40

RESP. CONTR. -RC 20

POSIÇÃO OBSERVADORES

(OPP)

OBSERVAÇÕES

Preparação, 10:00

Preparação, 10:30

Preparação, 11:00

Desarresto, 11:30

Desarresto, 12:00

Desarresto, 12:30

Desarresto, 13:00

Desarresto, 13:30

Desarresto, 14:00

Desarresto, 14:30

Desarresto, 15:00

Desarresto, 15:30

Desarresto, 16:00

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANÇADA: () SEDAÇÃO: ()

ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS: Anest. Geral 1500ml 2.3 (2.4) / Seroxital 2.3 ml

Anest. Geral 1500ml 2.3 (2.4) / Midazolam 15 (15)

ACORDADO	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SALA DE RECUPERAÇÃO	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CONDICÕES	B <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	ÓBITO
----------	---	------------------------------	---------------------	---	------------------------------	-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------

16/06/2013
3396

Descrição dos procedimentos cirúrgicos:

- ① Testicular em alta com apêndice
- ② Testicular com apêndice e corrente com apêndice
- ③ Testicular com apêndice e corrente
- ④ Testicular com apêndice
- ⑤ Testicular com testículo apêndice vermelho
- ⑥ Testicular com apêndice
- ⑦ Testicular com apêndice e corrente com apêndice
- ⑧ Testicular com apêndice
- ⑨ Testicular com apêndice

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 0320

Maria Neurist des Lebens

Téc. de Enfermer

~~00000000000000000000000000000000~~

Vista Enorme:

0299
CNPJ: 35.650.324/0001-50
WILSON ROSADO TELEFONE: (84) 3318-9000

PACIENTE: I225950-FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA
ENFERMARIA: 218-218 - AP

IDADE: 29 A,8 M,4 D

PARTICULAR - PLANO ÚNICO

LEITO: 218-02

ADMISSÃO: 29/02/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/02/2020 - 21:25:13

DIETA LIVRE

500ML SORO FISIOLÓGICO 0,9%	1,00FR	IV	08/08H	24-08
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	23-06
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA	5-3-13
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	24-06
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	4-12
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMFIV		12/12H	08
NAUSEDON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.		1,00 FA	IV	1X DIA

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES



HOSPITAL

WILSON ROSADO

Convênio: PARTICULAR

Paciente: Agustín Chávez Martínez

Data: 01/03/2020

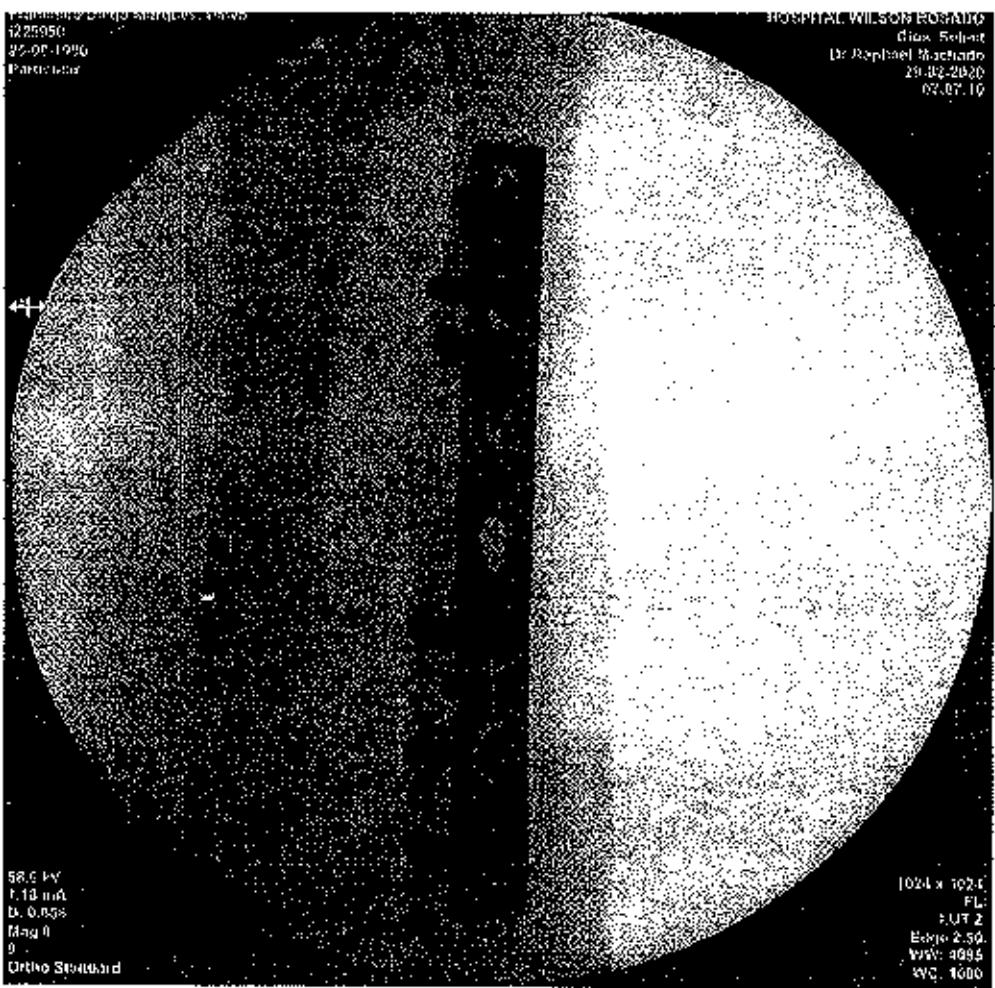
1.	DIETA LIVRE
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6\6H
4.	TILATH. 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X\DIA (suspenso)
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6\6H
7.	CURATIVO DIARIO
8.	SSSVV + CCGG
09.	ALTA HOSPITALAR
10.	
11.	
12.	
13.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR



PRONTOFIX

Page 10 of 14

卷之三

WENIO

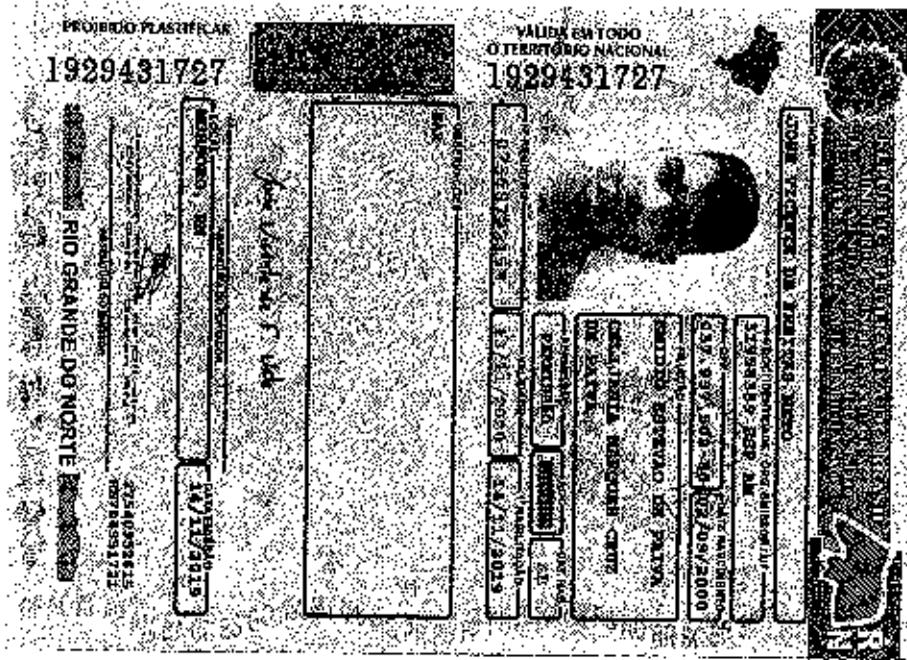
316 P. G.

三

100

PRONUARIO

Material Utilizado



Verificado



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200204009 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA **Data do acidente:** 09/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.2(BAM) P.7-9(CIRURGIA) P.12(ALTA) P.13(IMAGEM)

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Franckeser Diego Marques Poiva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Botânico, Data do Acidente 08/05/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.732.453, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 094.580.324-70 residente no(a)
Rua Tote nº 1001,
bairro: Pionatto Treze de Maio, município: Motoboy, RN.

OUTORGADO:

Nome: João Vicente de Freitas Neto, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
319.58.389, órgão expedidor SSPAM e do CPF: 034.934.502-80 residente
no(a) Rua Tote nº 1001,
bairro: Pionatto Treze de Maio, município: Motoboy, RN.

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.

Motoboy RN 08/05/20
Local e Data

Franckeser Diego Marques Poiva
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158648/20

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

CPF: 097.580.324-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE VICENTE DE FREITAS NETO : 037.937.502-80

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

FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA : 097.580.324-70

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: 05/06/2020
Nome: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO
CPF: 037.937.502-80

JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA