

---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

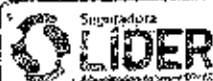
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do cadastro do ASL: 094 580 324-40 2 - CPF da vítima: 094 580 324-40 3 - Nome completo da vítima: Francisco Diego Marques Paiva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

4 - Nome completo: Francisco Diego Marques Paiva 5 - Profissão: Bombeiro 6 - Endereço: Rua Teófilo 7 - Cidade: Mottoró 8 - Estado: RN 9 - CEP: 59631-390 10 - Complemento: 11 - Data: 12 - Cidade: Mottoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59631-390 15 - E-mail: jacksonboreto25@hotmail.com 16 - Telefone: 08199984-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.999,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$9.999,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 4393 55 CONTA: 67.879 4

Informar o código do banco: Informar o código do banco: Informar o código do banco: Informar o código do banco:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

Solicito 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 presencial, caso necessário, de acordo com a Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar e avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir)

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

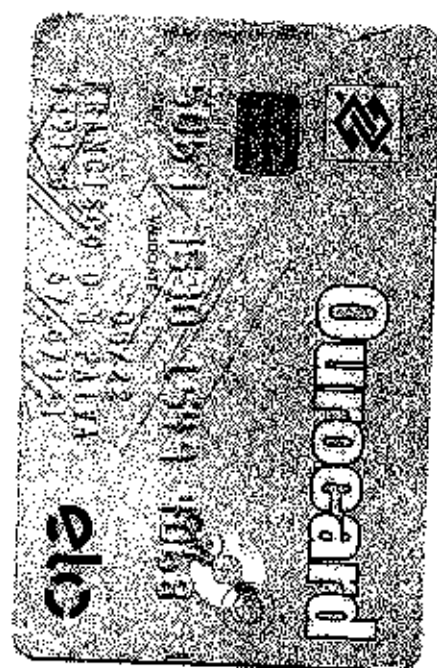
40 - Local e Data:

Mottoró RN 28/05/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA 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 próximo ao cemitério 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: 25/06/1990	Idade: 29 anos
Naturalidade: RN - Mossoró	Profissão: Barbeiro		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Celjania 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 QGV7I54	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 Denatran 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**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA 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

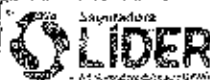
Agente de Polícia  
Matrícula 83.582-0

Responsável pelo Atendimento

Francisco Diego Marques Paiva

(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - R\$ do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 054.580.324-40 4 - Nome completo da vítima: Francisco Diego Marques Paiva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2017

5 - Nome completo: Francisco Diego Marques Paiva 6 - CPF: 054.580.324-40  
7 - Profissão: Bombeiro 8 - Endereço: Rua Teófilo 9 - Número: 3201 10 - Complemento: 2050  
11 - Bairro: Ronda Treze de Maio 12 - Cidade: Mottoka 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59631-390  
15 - E-mail: jacksonboreto25@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 8199324-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Adicionar via cópia) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (240) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 4394 5 CONTA: 67 879 1

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região 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, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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 cargo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mottoka RN 28/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaratante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Manoel Manoel, 130, Lado, Natal - RN, CEP 54055-050  
CNPJ 06.234.156/0001-31 | Ins. Est. 25.052.199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO SUBENTE: MARQUEZANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

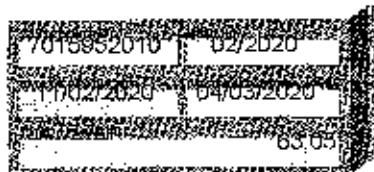
CPF: 097.500.924-70

PLANALTO TRÊS DE MARÇO AURORA  
VOSSORO RN  
59331-390

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Verificada

03/03/2020 03/03/2020 03/03/2020

03/03/2020 03/03/2020 03/03/2020



Consumo Ativo (kWh) - THS:  
Consumo Ativo (kWh) - TS  
Atividade Econômica: AGRICULTURA  
Consumo: Sim - Pública Municipal  
Visão de Unidade Consumidora

QUANTIDADE 77.000000  
77.000000  
77.000000

PREÇO UNITÁRIO  
R\$ 0,2817610  
R\$ 0,3532808

VALOR (R\$)  
21,71  
27,26

1,15  
4,77  
6,88

TOTAL DA FATURA

63,55

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Índice	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
Medição	Medição	Anterior	Atual	Índice	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
03/03/2020	03/03/2020	03/03/2020	03/03/2020	03/03/2020	03/03/2020	03/03/2020	03/03/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição	Valor	%
03/03/2020	21,71	34,16%	21,71	Transmissão	21,71	34,16%
04/03/2020	27,26	42,74%	27,26	Distribuição	27,26	42,74%
05/03/2020	1,15	1,81%	1,15	Perdas de Rede	1,15	1,81%
06/03/2020	4,77	7,50%	4,77	Encargos Sociais	4,77	7,50%
07/03/2020	6,88	10,84%	6,88	Tributação	6,88	10,84%
08/03/2020	0,00	0,00%	0,00	Total	0,00	0,00%

Observações: Este é um sistema de medição de consumo de energia elétrica. O valor do consumo é calculado com base no valor de referência e no valor de medição. O valor de referência é o valor de consumo de energia elétrica no mês anterior. O valor de medição é o valor de consumo de energia elétrica no mês atual. O valor de consumo é o valor de referência mais o valor de medição. O valor de consumo é o valor de referência mais o valor de medição.

Este é um sistema de medição de consumo de energia elétrica. O valor do consumo é calculado com base no valor de referência e no valor de medição. O valor de referência é o valor de consumo de energia elétrica no mês anterior. O valor de medição é o valor de consumo de energia elétrica no mês atual. O valor de consumo é o valor de referência mais o valor de medição. O valor de consumo é o valor de referência mais o valor de medição.

Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Consumo: 0,00 kWh  
Valor: 0,00 R\$  
Data: 03/03/2020  
Total a pagar (R\$): 63,55





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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: 0320-3576 / Outras regiões: 0800 022 12 84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 86 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 39

## 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:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTALIZACAO?TIPO=1&CODIGO=23035>

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, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEMA POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/98.

Pelo exposto, eu

José Vicente de Freitas Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

037.937.502 / 80

na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Diego Marques Peixe

Inscrito (a) no CPF sob o nº 094.580.324 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Francisco Diego Marques Peixe

Inscrito (a) no CPF sob o nº

094.580.324 / 40

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Recusou

Renda:

Recusou

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência (junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Tore

Número:

1201

Complemento:

lata

Bairro:

Moneteiro de Moura

Cidade:

Motobato

Estado:

RN

CEP:

59631-390

E-mail:

Woo Petzini

Tel./DDD:

(84) 99824-0066

Local e Data:

Motobato RN 28/05/20

José Vicente de Freitas Neto

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

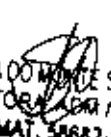
**Local da ocorrência:** BR-304, próximo Cemitério.

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

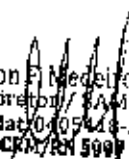
**Hora do Chamado:** 23h 10min.

**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

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

  
Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima  
Diretor SAMU  
Matr. 405418-2  
CRM/RN 5997

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



OK

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

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

Nascimento: 25/06/1990

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 09758032470

Prof:

Mãe: CELIANE MARQUES CRUZ DE PAIVA

Pai: EMIDIOMESTEVAN DE PAIVA

Logradouro: ESTUDANTE ODILON RODRIGUES, 10

CEP: 59633110

Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

Cidade: MOSSORO

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 MOTOVAÇA, CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATANDO DOR EM OMBRO E ANTEBRAÇO E COM PROVAVEL FRATURA DE ANTEBRAÇO, DOR EM COLUNA TORAXICA.

Dt e Hora: 09/02/20

Paciente vítima de colisão moto - animal, relato

anterior lacrimoso.

A - membros superiores, com entorpecimento

B - MV + bilaterais, difusão na síndrome

C - estado clínico e neurodinâmico

D - Glasgow 15, Reflexos +/0

E - equívoco em reconhecer a equívoco, dor + bilaterais

Diagn. Inicial: fratura de antebraço - Assinatura: [assinatura]

## PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

① Solução 2% de clorexidina + enxágue

② Solução 2% de clorexidina + enxágue

③ analgesia de NCR + antiespasmódico

④ Dipirona 1g 1x12h

⑤ Tilatil 40mg 1x12h

⑥ Dexametasona 10mg

⑦ Tramadol 100mg

[assinatura]

10/02/20 00:30 NCR Pronto

Paciente com relato de colisão moto animal com TCS indurante.

Ao exame: ECG 15, sem parciais evidentes, cervical gdo.

T de membros + coluna cervical direita, protuberância de ombro. Sem alteração integridade

T cervical dentro da normalidade

Cd: 1 - QRS Normal.

06:30 - Análise de ECG, Rta HOP

com prints.

Dr. Juliano José da Silva  
Médico  
CRM/RN 7389  
Dr. Juliano José da Silva  
Médico  
CRM/RN 7389

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

CID Proc.

Data: / /20, Hr: :

Médico:

\*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 09 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORDEM  
SANE MOSSORO 19/02/2020

SANE / ARQUIVO

WILSON ROSADO

SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Indicador	1225950
Data	29/02/2020
Hora	14:09

## BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
DANIELIF

3531 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

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

CPF: 706003680014640 Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO

Idade: 218-01 Enfermaria: 218 - 218 - AP

Endereço: TORE, Nº 1.201 - CEP: 59600-010 Bairro: PLANALTO 13 DE MAIO

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN Profissão: Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Nome: EMÍDIO ESTEVAO DE PAIVA Mãe: CELUÂNIA MARQUES CRUZ DE PAIVA

Localidade: MOSSORO RN Caráter de Atendimento: URGÊNCIA

Responsável: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Admissão Solicitada: 1168-DIARIA ENFERMARIA SIMPLES - 03 LEITOS (SEM AR-CONDICION - 551 - FERIM DO ANTEBRACO

Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Idade: 30/12/1899

Nome: HOSPITAL WILSON ROSADO

Autorização de Refeições

Nome:

Idade:

CONVÊNIO: Particular  
( ) DESJEJUM ( ) ALMOÇO  
( ) JANTAR (X) AS 03 REFEIÇÕES

RESPONSÁVEL

### Resultado

☐  
☐  
☐  
☐

Curado  
Melhorado  
Inalterado  
Piorado

☐  
☐  
☐  
☐

Removido  
Pedido  
Evasão  
Indisciplina

☐  
☐  
☐

-48 Horas  
+48 Horas  
Óbito

Transferido:

### História Clínica

Tratamento Rx e fisio (incluindo) -> Carla Cristina C. da Silva

Diagnóstico Provável

Dt. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia

Carla Cristina Oliveira da Silva

RESPONSÁVEL

RAPHAEL MACHADO GONCALVES



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

# CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

Rua Pedro Velho, 250 - São Antônio - Mossoró/RN  
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000  
CNPJ: 35.650.324/0001-50

**BOLETIM DE SALA  
DO C.C.**

Paciente: Fernando Diego

Nº Reg.: \_\_\_\_\_

Convênio: part

Cirurgia Realizada: cateterismo coronário de perfuração da artéria descendente esquerda

Data da Cirurgia: 21/06/2011

Início: 14h00

Término: 16h00

MATERIAIS		MATERIAIS	
Abocath Nº		Gorros Desc.	
Algodão Ortopédico cm	1/2	Látex	
Aguilha Descartável Nº	40 x 12	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	12	Luva Estéril Nº 7.5	
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 8.0	
Azul de Metileno ml		Luva Estéril Nº 8.5	
Bolas de Algodão		Luva de Procedimento	
Bolsa para Colostomia		Máscara Desc.	
Capa para Vídeo		Microfone cm	
Capa Microscópio		Multi Vias	
Cateter para Oxigênio		Óleo Dersane ml	
Cateter Acesso Central		Perfusor 7	
Cateter Peridural		Pinalt	
Cera Óssea		Propés	
Compressas 05 und	1/2	Pomada Kolagenase G	
Coletor de Urina Aberto		Saco Estéril	
Coletor de Urina Fechado		Scalp	
Cotonóides 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	
Escovas com PVPI		Seringa 60 ml	
Equipo para Soro		Sonda Endotraqueal Nº	
Equipo BIC		Sonda Nasogástrica Nº	
Equipo p/ Hemocomponente		Sonda Vesical Netafon Nº	
Equipo Fotossensível		Sonda Vesical Foley 02 Vias Nº	
Eletrodo Desc.		Sonda Vesical Foley 03 Vias Nº	
Esparradrapo		Sugicel	
Extensor de Equipo		Teia de Prolipropileno	
Faixa de Smarch cm		Tubos de Ventilação	
Frasco p/ Biópsia		Verde Brilhante	
Gases 10 und		Xilocaina Gel	
Gel Foan		Xilocaina Spray	
Gel para Eletrodo		Traqueostoma	
MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
ABD 10 ml		Dormonid	
ABD 1000 ml		Decadron	
Adrenalina		Dipirona	
Atracúrio		Dramin	
Atropina		Efedrin	
Aturgyl Colírio		Efortil	
Cefalotina 1g		Efedrina	
Clonin		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 direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente nesta CARDIODIAGNÓSTICO LTDA, sediado a PEDRO VELHO, 250 de MOSSORO.

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 CONVÊNIO 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

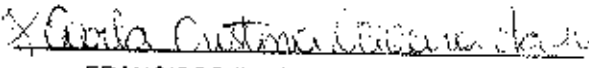
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

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 CONVÊNIO 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.

MOSSORO, 29 de fevereiro de 2020

  
FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_



**TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO**  
(Consentimento Informado)

Sr. (a) Francisco Diego Marques Pereira  
RG: 002.432.453 CPF: 077.550.329 pelo presente instrumento, declaro plena  
autorização ao Dr. Raphael CRM/RN 6320 e sua equipe, para realizar o(s)  
seguinte(s) procedimento(s), cirurgia(s) ou tratamento(s)  
Tratamento da próstata

ou algum(ns) outro(s) procedimento(s) que por ventura se fizer(em) necessário(s) durante a 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 compreendi a proposta do tratamento, procedimento  
médico ou cirúrgico, seus benefícios e os riscos cirúrgicos e anestésicos, bem como estou ciente dos  
complicações que podem advir do tratamento do tipo queleide, assimetrias, alergias, alterações de  
sensibilidade e motricidade, reações a curativos, hematomas, edemas, parestias transitórias ou não, além  
de complicações e limitações relacionadas com a(s) cirurgia(s) a ser(em) realizada(s) e riscos mais graves,  
porém considerados raros como: necrose de tecidos, infecções, trombozes venosas, embolias, arritmias,  
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 anestesiistas 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 descrito 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 a faculdade  
assume tão somente a obrigação de assegurar os melhores meios de tratamento. Não omiti nenhuma  
informação sobre meu estado de saúde e condições emocionais, considerando-me apto(a) a ser  
submetido(a) ao(s) procedimento(s) supra mencionados, concordando assim, em seguir as orientações  
médicas tais como repouso, dieta, exercícios físicos, utilização de medicamentos e retorno ao  
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 anátomo-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, 29 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.



HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Paula de Jesus Maria  
Idade: 23 Data: 23/01/12  
Convênio: Unimed

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Não Cirurgia (Exame Físico)  
2. Cirurgia Secundária: Exame  
3. Cirurgião: Dr. Raphael Machado CRM: \_\_\_\_\_  
1º Auxiliar: Dr. Roberto CRM: \_\_\_\_\_  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_  
4. Anestesista: Dr. Roberto CRM: \_\_\_\_\_  
5. Instrumentador: Dr. Roberto COREN: \_\_\_\_\_

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_

7. Anátomo 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 Machado Gonçalves  
Ortopedia e Trauma

Assinatura Cirurgião: \_\_\_\_\_

Data: 23/01/12

CRM: \_\_\_\_\_

Para anestesia local, informar:

Hora do início do procedimento: \_\_\_\_\_ Hora do término do procedimento: \_\_\_\_\_



## Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA										DATA	
NOME										10/02/10	
SERVIÇO			ANESTESISTA			CIRURGIÃO					
Pneum			Almeida			Ribeiro A. S. de Azevedo					
IDADE	SEXO	POR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO			PRÉ-ANESTÉSICO		
20	M	15	140x70	72	36	1 2 3 4 5					
DIAGNÓSTICO											

OPERAÇÃO REALIZADA					Toma de amostra para análise de solo						
INÍCIO		TERMINO		DURAÇÃO		ROTINA		EMERGÊNCIA		EXTRA	
18/07											

SpO <sub>2</sub>		ETCO <sub>2</sub>		OBSERVAÇÕES	
HORA		CÓDIGO			
A					
G					
E					
N					
T					
E					
S					
ANESTESIA X	220				
OPERAÇÃO *	200				
INTUBAÇÃO X	100				
ENDOTRAQUEAL	180				
PRES. SISTOL. V	140				
PRES. DISTOL. A	120				
PULSO. ♦	100				
	80				
RESP. ASSIST. RA	60				
RESP. EXPONT. RE	40				
RESP. CONTR. RC	20				
POSICÃO					

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALNEADA: ( ) SEDACÃO: ( )  
ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

AGENTES EMPREGADOS

propagator  $\tilde{D}(z)$ ,  $\tilde{M}(z)$  is given by

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

445



**MEDICAMENTOS**
**SOLUÇÕES ANTI-SÉPTICAS**

Etomidato		Água oxigenada	
Fentanil	20 mg	Alcool 70% ml	
Ipselon g.		Clorexidine alcoólica 0,5 ml	
Narcan		Clorexidine aquosa ml	
Neocaina Pesada		Clorexidine degermanle ml	
Neocaina 0,50% cl Adren.		Éter ml	
Novabupi cl Adren.		Formol líquido ml	
Nimbium		PVPI alcoólico ml	
Ondasterona		PVPI degermanle ml	
Pavulon		PVPI tópico ml	
Plasil			
Profenid		<b>FIOS</b>	
Prostigminine		Aciflex	
Propofol	20 mg	Algodão	
Quelicim		Algodão	
Rop		Catgut Cromado	
Sufentalina		Catgut Cromado	
SF 0,9% 250 ml		Catgut Simples	
SF 0,9% 500 ml	1000 ml	Catgut Simples	
SF 0,9% 1000 ml	2 F	Caprofil	
SG 5% 250 ml		Ethibond	
SG 5% 500 ml		Ethibond	
SRS 500 ml		Fita Cardiaca	
SRL 500 ml		Monocryl	
Steril Drape		Monocryl	
Tilatil		Mononylon	
Thiopental		Mononylon	
Transamin		Mononylon	
Tissucol		Prolene	
Vecuron		Prolene	
Xilocaina 2% S/V		Vicryl	
Xilocaina C/V		Vicryl	

**ANESTÉSICOS INALATÓRIO**
**TAXAS DE APARELHO**

Enflurane ml		Aspirador de Parede	
Halotano ml		Bisturi Elétrico	
Isoflurano ml		Craniótomo	
Servorane ml	100 ml	Dril	

**GASES**

Ar Comprimido	20 mg	Intensificador de Imagens	
Co2		Lipoaspirador	
Oxigênio	20 mg	Microscópio	
Nitrogênio		Monitor Cardíaco	

**ALTO CUSTO**

Respirador	20 mg	Oxímetro de Pulso	
Serra Elétrica	20 mg	Oxicapnógrafo	
Sistema de Video		Respirador	
Motor Ortopédico		Serra Elétrica	

Maria Neuma de Lima  
Téc. de Enfermagem  
COREN - 364456

Obs. Enf: \_\_\_\_\_

Visto Enfermeiro: \_\_\_\_\_

PACIENTE: 1225950-FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA  
ENFERMARIA: 218-218 - AP

LEITO: 218-02

ADMISSÃO: 29/02/2020

IDADE: 29 A, 8 M, 4 D

PARTICULAR - PLANO ÚNICO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/02/2020 - 21:25:13

DIETA LIVRE

DIETA LIVRE						
SORO F.SIOLOGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		29 08 13	
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD	29 06 13	
CIEXANE 40MG / 0.4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		29 06 13	
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD	29 06 13	
FRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	29 08 13	
TENOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMFIV		12/12H	+ ABD	29 08 13	
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD	29 08 13
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		29 08 13	

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL

WILSON ROSADO

#

Wilson Rosado

Convênio: PARTICULAR

Paciente : *Wilson Rosado*

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.

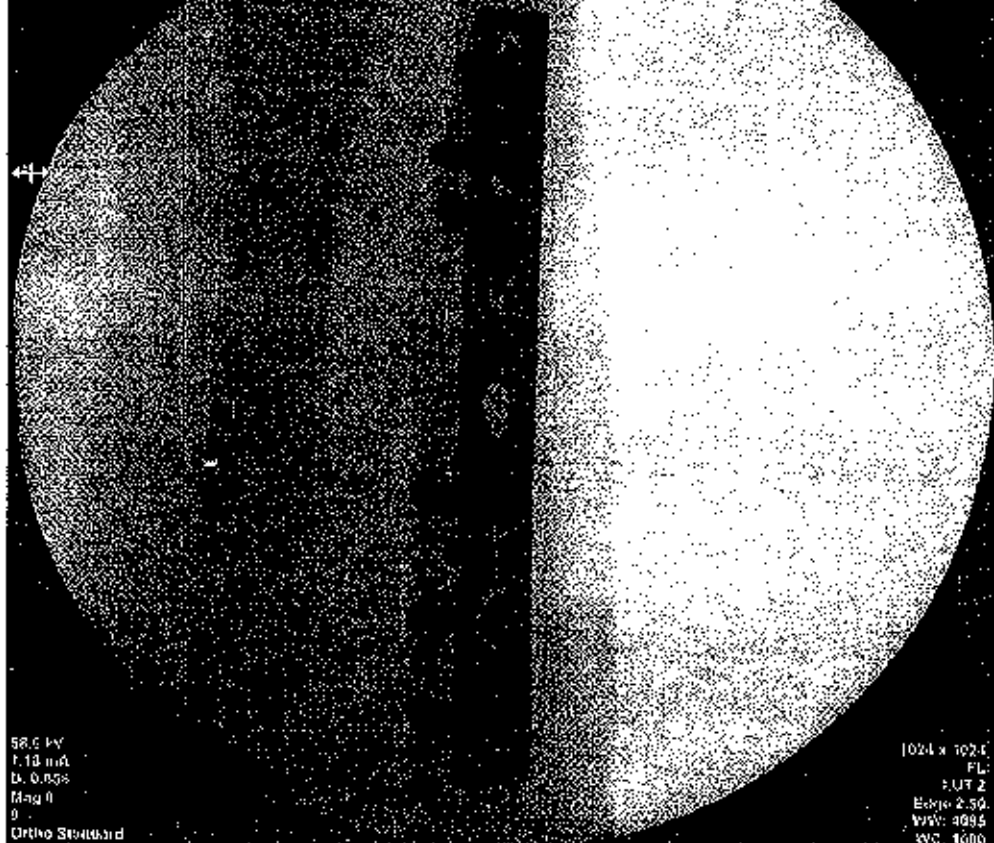
FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR

*Dr. Wilson Rosado*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 100.000

Exame de Ressonância Magnética  
1225950  
25-07-1996  
Paciente

HOSPITAL WILSON ROSARIO  
Clínica Robert  
Dr. Raphael Machado  
29-02-2020  
07.07.10







1929431727

1929431727

**4000 1/2 CH 1953, DM, 172 5748, 21550**

329.891.6-889 NM

1-800-934-5622 • 408/209-2000

**100% MONEY BACK GUARANTEE**

## СЪДЪЖАНИЕ

2014年12月  
 12月12日  
 12月13日

13/11/2020 21/11/2021

100

Yves Vandenberghe, C. Widd

14/11/2019

DEPARTMENT OF JUSTICE

RIVIERA CANALE DU NORD

[illegible]





# 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: Francisco Diego Marques Poiva, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Boleiro, Data do Acidente 09/02/20  
Cobertura FVolidex, portador(a) do RG 002 432 453, órgão expedidor  
SSPRN e do CPF: 094.580.324-70 residente no(a)  
Rua Torre nº 1201,  
bairro: Pomello Treze de Maio, município: Motobate / RN.

### OUTORGADO:

Nome: Jose Vicente de Freitas Neto, brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG  
319 58 389, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 034.934.502-80 residente  
no(a) Rua Torre nº 1201,  
bairro: Pomello Treze de Maio, município: Motobate / 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.

Motobate RN 28/05/20

Local e Data

x Francisco 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/02/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### 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