
Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162076

Vítima: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TEREZA DE FREITAS DE AQUINO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

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, 09 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162076

Vítima: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TEREZA DE FREITAS DE AQUINO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162076

Vítima: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TEREZA DE FREITAS DE AQUINO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002084-2

Conta: 000010012452-6

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 357632834-56 3 - CPF da vítima: 357632834-56 4 - Nome completo da vítima: Fernando Caio de Freitas Aguiro

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

5 - Nome completo: Fernando Caio de Freitas Aguiro 6 - DT: 357632834-56 7 - Profissão: 8 - Endereço: 51 Santana 9 - Número: 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Gov. Dir. Sept. Rozado 13 - Estado: 14 - CEP: 59490-000 15 - E-mail: Nao Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 3 A 25 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 anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2084 2 CONTA: 32452 4

AutORIZO a Seguradora LIDER a criar e manter no banco de dados informático, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o dado, desde já e somente após a definição da análise, quantia total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUO 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 5.194/74), 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 não submeter a análise médica presencial, caso necessário, às costas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente ou trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração na 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 a pedido (a seguir)

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

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

38 - 39 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 39 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

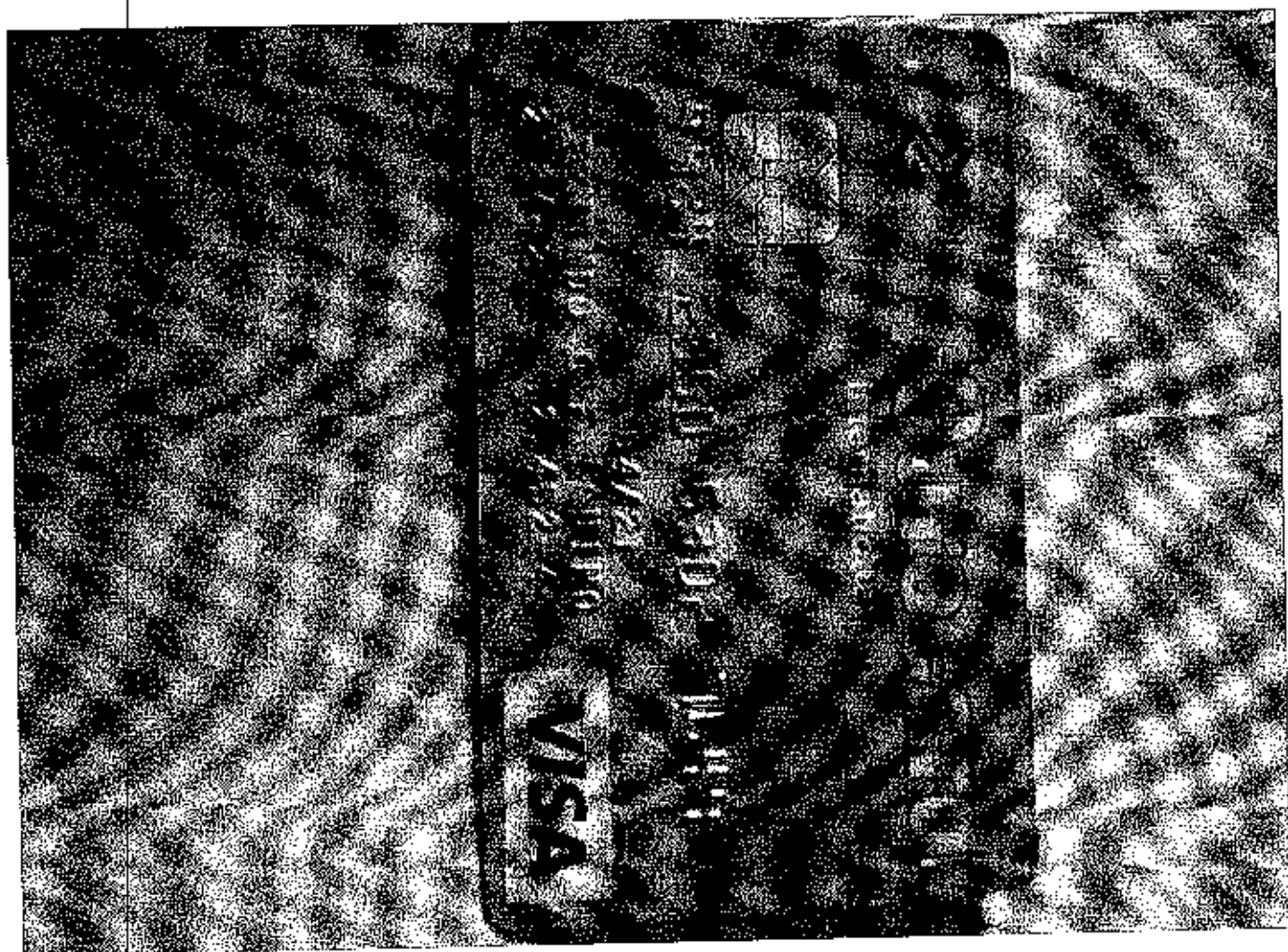
40 - Local e Data: Homeno - 20/03/20

Fernando Caio de Freitas Aguiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª EQUIPE DE PLANTÃO DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006469/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/01/2020 10:41 Data/Hora Fim: 19/01/2020 11:04
Delegado da Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal da Apodi

Data/Hora do Fato: 11/01/2020 15:00

Local do Fato

Município: Apodi (RN)

Bairro: CIDADE BAIXA

Logradouro: SITIO BREJO

Tipo do Local: Zona Periférica

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/04/1995 Idade: 24 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: TEREZA DE FREITAS AQUINO Nome do Pai: CESAR AMARO DE AQUINO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 117.612.834-56

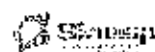
Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: SITIO SANTANA Nº: 41
Bairro: ZONA RURAL CEP: 59.790-000
Telefone: (84) 99921-8517 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 117.612.834-56	Placa NUZ3214
Renavam 00219210586	Número do Motor KD05E2A040304
Número do Chassi 9C2KD0520AR040304	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS MIX ES	Modelo HONDA/NXR150 BROS MIX ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 26/08/2016
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO	Proprietário





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª EQUIPE DE PLANTÃO DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006469/2020

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA (ACIMA CITADA), QUANDO FOI DESVIAR UM OBSTÁCULO QUE SE ENCONTRAVA NO MEIO DA PASSAGEM, E PERDEU O EQUILÍBRIO VINDO A COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, E COM O IMPACTO MACHUCOU O PÉ ESQUERDO E A MÃO ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E O MÉDICO QUE O ATENDEU O ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, SENDO QUE NO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, O MÉDICO AMPUTOU O DEDO DO PÉ ESQUERDO QUE ESTAVA BASTANTE MACHUCADO (CONFORME LAUDO DO HOSPITAL EM ANEXO).

ASSINATURAS

Carmelita Fonseca de Paiva

Carmelita Fonseca de Paiva

Agente de Polícia

Matrícula 280553

Responsável pelo Atendimento

Fernando Caio de Freitas Aquino

FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela precisão das declarações aqui feitas, conforme previsto nos Artigos 230-Distinção Culpa e 303-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIAMIS (DESSESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF do titular:

4 - Nome completo da vítima:

Fernando Caio de Freitas Aguiar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

Fernando Caio de Freitas Aguiar

6 - CPF:

337632834-56

7 - Profissão:

Recenseado

8 - Endereço:

51 Santana

9 - Número:

44

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Gov. Dix Sept Rosado

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59490-000

15 - E-mail:

Não Possui

16 - Telefone:

(84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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
☐ 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\$3.000,00
☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPIANÇA (Somente para menores de idade. Indicar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Financiar o pedido)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

2084

2

CONTA:

32452

4

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/benefício do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo o direito, desde já e somente após a avaliação 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 de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.154/76), 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise de 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 pericial, caso necessária, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e classificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito citado, por ocasião do sinistro, conforme o disposto na Lei nº 1.364/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de recorrer a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vítima: ☐ Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós? ☐ 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 aplicação de multa e a perda da indenização, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

34 - 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 - 2ª Vítima

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Vítima

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mostrado em 20/03/20

Fernando Caio de Freitas Aguiar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Produtor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000010012452-6

Nr. da Autenticação 930401718B8A43C5



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 250, Estado, Natal - RN CEP 59025-250
CNPJ 08.924.196/0001-81 | Ins. Est. 20.651.98-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO AMARO DE AQUINO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. SAUJUNIA 41

CPF 045 049 434-95 NIS 12404545455

ZONA RURAL UREA RURAL
GOVERNADOR LIX SEPT ROSADO RN
59790-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
SABIA REPT CA COM NE
Mendes

038114841 UNICA 18/01/2020
2001/2020 0000042029 205701

0852252952 01/2020
27/01/2020 12/02/2020
39,58

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TIGD 24 kWh	24,5621200	0,13029703	3,13
Consumo TIGD superior a 30 kWh 100 kWh	21,0000000	0,11000000	11,33
Consumo TE 30 kWh	30,0000000	0,11000000	3,41
Consumo TE superior a 30 kWh 100 kWh	20,0000000	0,11000000	12,09
Atenuação Bandeira AMARELA			0,31
Consumo RLM FURTO DE ENERGIA			2,35
CVS - Fatores de Correção			5,57
Valor de ajuste de energia			0,75
Valor de ajuste de energia			0,13
Atualização do FIP - NF 034923497 - 18/01/2020			0,28

TOTAL DA FATURA 39,58

IP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	IP DO	CONSUMO	ADICION	CONSUMO (kWh)
MEDIDOR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	TAHA		
60532651	001	16/12/2019	8 540,00	16 01/2020	8 721,00	50	99,00

DATA	VALOR	VALOR DO	VALOR DO	VALOR DO	VALOR DO
		CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
16/12/19	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
01/01/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
16/01/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
31/01/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
15/02/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
31/03/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
15/04/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
31/05/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
15/06/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
31/07/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
15/08/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
31/09/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
15/10/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
31/11/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00
15/12/20	99	8 540,00	8 540,00	8 540,00	8 540,00

B041 B272 F785 F805 F833 B88C D502 7323

Este documento é uma cópia impressa do sistema de gestão de energia elétrica. O sistema de gestão de energia elétrica é um sistema de gestão de energia elétrica que permite a gestão de energia elétrica de forma eficiente e segura. O sistema de gestão de energia elétrica é um sistema de gestão de energia elétrica que permite a gestão de energia elétrica de forma eficiente e segura. O sistema de gestão de energia elétrica é um sistema de gestão de energia elétrica que permite a gestão de energia elétrica de forma eficiente e segura.

Este documento é uma cópia impressa do sistema de gestão de energia elétrica. O sistema de gestão de energia elétrica é um sistema de gestão de energia elétrica que permite a gestão de energia elétrica de forma eficiente e segura. O sistema de gestão de energia elétrica é um sistema de gestão de energia elétrica que permite a gestão de energia elétrica de forma eficiente e segura. O sistema de gestão de energia elétrica é um sistema de gestão de energia elétrica que permite a gestão de energia elétrica de forma eficiente e segura.

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR

DADOS DO CONTRATO 0852252952 01/2020 27/01/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 39,58

COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59065-150
CNPJ 08.224.186/0001-81 | Insc. Est. 20.059.194-0 | www.cosern.com.br

TENEDOR DE BOMBS DE AQUINO

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

CPF 941.886.894-44

CENTRO URBANO LITORAL
GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RN
58760-000

RESIDENCIAL
Mondicão

7000563887 01/2020
08/02/2020 14/02/2020
243,07

Consumo Ativo (W/h) - TUSD	327,0000000	CESSO (R\$)	0,37574701	VALOR (R\$)	124,81
Consumo Ativo (W/h) - TE	327,0000000	UPE (R\$)	0,03574701		11,71
Acrescimo Bandeira AMARELA					6,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal					15,99
Comissão de C/C Mensal (11%)					5,42

TOTAL DA FATURA

243,07

Nº DO	TIPADA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	ADJUTS	COMBONO (R\$)
SEDO	RUBICA	DATA	DATA	CLAS		
JAN 20	327					
FEB 20	318					
MAR 20	345					
ABR 20	320					
MAY 20	391					
JUN 20	385					
JUL 20	372					
AUG 20	312					
SEP 20	351					
OCT 20	349					
NOV 20	383					
DEC 20	330					
JAN 21	306					

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - COMBONO DE C/C MENSAL (11%)

PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DEZ 19	327	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
NOV 19	318	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
OUT 19	345	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
SET 19	320	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
AUG 19	391	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
JUL 19	385	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
JUN 19	372	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
MAY 19	312	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
ABR 19	351	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
MAR 19	349	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
FEB 19	383	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
JAN 19	330	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
DEZ 18	306	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701

PERÍODO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DEZ 19	327	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
NOV 19	318	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
OUT 19	345	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
SET 19	320	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
AUG 19	391	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
JUL 19	385	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
JUN 19	372	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
MAY 19	312	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
ABR 19	351	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
MAR 19	349	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
FEB 19	383	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
JAN 19	330	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701
DEZ 18	306	0,37574701	0,37574701	0,37574701	0,37574701

TOTAL A PAGAR (R\$) 243,07



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradomalider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-3995 / Outrora região: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 925 51 35

Eu, Tereza de Freitas de Araújo
RG nº 003 450 093, data de expedição 19 / 11 / 30
Órgão Def. Pu, CPF nº 943 606 604-44

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projeto Crescer</u>
Número	<u>72</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Gov. Dix Sept Rosado</u>
Estado	<u>RJ</u>
CEP	<u>59790-000</u>
Tei. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Monró - 20/03/20

Tereza de Freitas de Araújo

Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoragliders.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 0800-1595 / Outras regiões: 0800 022 92 04
Capital e regiões metropolitanas: 0800 022 04 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 39

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 04 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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/BUSQUETAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=2060>

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 da 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.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES LICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.013/98.

Pelo exposto, eu Teriza de Freitas de Aquino
inscrito(a) no CPF/CNPJ 943.606.604, 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fernando Caio de F. Aquino inscrito (a) no CPF sob o nº 337632834, 56
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Fernando Caio de F. Aquino
inscrito (a) no CPF sob o nº 337632834, 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora GLIDER-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: <u>Rua Projeto Crecer</u>	Número: <u>72</u>	Complemento: <u>Capa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Gov. Dir. Sgt. Rozado</u>	Estado: <u>W</u>
E-mail: <u>Não possui</u>		CEP: <u>34790-000</u>
		<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Monró - W 20/03/20

x Teriza de Freitas de Aquino
Assinatura do Declarante

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Front: 211503

Paciente: 55849 - FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (24 a 9 m 5 d)

Nascimento: 06/04/1995

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702300170819912

CPF: 11761283456

Prof:

Mãe: TEREZA DE FREITAS AQUINO

Pai: CESAR AMARO DE AQUINO

Logradouro: SANTANA, 1

CEP: 59790000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

Telefone: 84.96660665

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: REGULADO COM DR. GILSON, FELIPR GUERRA.

Classificação:

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ACIDENTE DE MOTO (SIC) APRESENTANDO LESAO CORTE CONTUSO EM CALCANEO E, LESAO CORTE CONTUSO EM REGIAO DE MERATARSO HALUX E, LESAO CORTE CONTUSO EM 2 QUIRODACTILO DA MAO E.

Hora: _____

ORTOPEDIA - AMPULONIA INOVADORA DE HALUX E
PK de QUIRODACTILO
P/ CC
REVISOR BLO
ORÇAMENTO FAMILIA

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

1) DIETA REG

2) SF 9,9% 100 L EV

3) 2000mg 5mg - ORAMP EV

20/20 FARMACIA

Diego Ariel de Lima
Cm. 15467
TEOT - 15467

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

CID

Proc.

Data:

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 11 de Janeiro de 2020

Carimber)

5929

040805 0454

Diego Ariel de Lima
Cm. 15467
TEOT - 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 17/01/2020
SANE / ARQUIVO
MAR. 2020 24/3-0

do seu Dr. Gibson, Ortopedia!



PREFEITURA DE FELIPE GUERRA/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE
Dr. Eilson Gurgel do Amaral

RECEITUÁRIO

Para: Fernando Carlos de Freitas Aguiar
do Hospital Regional Tarcísio Maia

Paciente 44 anos, sofreu acidente
artrodialítico (queda de motocicleta)
há 20 dias.
Nega ingestão de bebida alcoólica.
Nega trauma em abdome, tórax e crânio.
Apresenta trauma em pé direito e na mão
esquerda.

A - Visão sem pênulas, sem curvatura.
B - Espirito F.R. 18
C - Entalhal Am, F.C. 88, sargento b.
em pé direito
D - gl. f. u. 15
E - Lesão costal - costela em alcinha E

Lesão costal ^{Requisitante} em região de
metatarsos - Háte esguinho

F. Guerra/RN, _____/_____/_____

Lesão costal costela em 2º quicodado.
de mão esquerda Verso.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

F. Guerra/RN
SAME/ARQUIVO

mit. 15.05.2013

Encanto para arlespina

Fato Digna e Valtam.

31/01/2020.

Dr Jefferson Breno S. Dantas
Médico
CRM / RN: 10069

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO RIAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 17/01/2020

A. Pereira S. L. Lemos
SANE / ARQUIVO

mat. 150.241.0



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 **FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO** (Fia: 185/2020), CPF:11761283456.

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, 11 de Janeiro de 2020.

Fernando de Freitas de Aquino
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/01/2020
F. Vasconcelos de Almeida
SAME / ARQUIVO
MDE - 4550-3445-0

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
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (8 - 185/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
211503

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
702300170819912

8 - DATA DE NASCIMENTO
06/04/1995

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
TEREZA DE FREITAS AQUINO

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 96660085

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 96660085

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SANTANA, 17 - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
240430

18 - UF
RN

19 - CEP
59790000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POLITROUMIA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fratura de omoplata

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

fratura + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

24 - CID 10
PRINCIPAL
S92.9

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
40805045

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
01785892339

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

DIEGO ARIEL DE LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/01/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO LÍQUIDE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - C50R

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ

SOME / ARQUIVO

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 185 /2020

Prontuário: 211503

Paciente: 55849 - FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Cartão SUS: 702300170819912

CPF: 11761283456

Dt Nasc: 06/04/1995

Idade: 24 anos 9 meses 5 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: TEREZA DE FREITAS AQUINO

Nome do pai: CESAR AMARO DE AQUINO

Rua/Av: SANTANA

Nº: 1

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 59790000

Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

Telefone: 84 96660665 84 96660665

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 23E

Responsável: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 11/01/2020 19:52:14

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.9 - FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA
408050454 -

HISTORIA CLINICA

MOSSORO, 11 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome REGUANOLO GODO DE FREYRE DINIZ Reg N° 82.15.153

Diagnóstico pré-operatório: POLIPÓLIPOMA

Indicação terapêutica: - REGUANOLO A CORD DE MIE + TP UVAVA
DE FX E UVAVA + TP FX E QUADRADO

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: ARCEL

1ª Auxiliar: GILDO

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: WMA

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

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

- 1) POT DEIX. SOB ANESTESIA
- 2) ASSESSO E CONDIÇÃO COMPLEXO
- 3) PT COM ANESTESIA INDICADA DE J. CORDON + FX EXPON. DE UVAVA E QUADRADO A GA
- 4) REGUANOLO UVAVA UVAVA EXPON.
- 5) REGUANOLO REGUANOLO A CORD DE MIE + TP UVAVA DE FX UVAVA + PINGOEM CORDON
- 6) REGUANOLO UVAVA
- 7) UVAVA

Diagnóstico de Tumor
Cód. 153
TEOT-15347

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEI MOSSORÓ 27.12.1990
H. Regional R. Diniz
SANEI ARQUIVO
maia.150.347.17

DATA: 17/01/2020

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

Nome: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO 24 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 210-2

DATA DA ADMISSÃO: 11/01/2020

GOV DIX SEPT ROSADO -RN

CODIGO: 55849

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02	6º DIH: POR AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE HALUX ESQUERDO + FX CALCANEÓ ESQUERDO + FX FALANGE DISTAL DE 2º QRD ESQUERDO QP: PACIENTE QUEIXA-SE DE PARESTESIA NA FACE LATERAL DA COXA DIREITA. EF: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, BNF, SEM SOPRO. AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA ABD: ATÍPICO, GLOBOSO, RHA+, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. MIE: PÉ ESQUERDO COM CURATIVO OCLUSIVO. SANGRANTE. SUTURAS SEM FLOGOSE, COM BORDAS NECRÓTICAS E NÃO SECRETIVAS EQUIMOSE EM FLANCO DIREITO. SITUAÇÃO: GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA LABORATORIO (13/01/2020): HB: 11,9 HT: 35,2 LEUCO: 12 300 (NEUTROFILIA) PLAQ: 162 000 UR: 30 TGO: 21 TGP: 17 AGUARDA LAUDO DA TC PARA DEFINIR FORMA DE TRATAMENTO ENTRE CONSERVADOR E CIRÚRGICO CD: SUSPENDO TILATIL VPM

*Feito com bom aspecto
TC sem complicações
de urina*

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SFO,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 1 G + 18ML ABD EV 6/6 HORAS FIXO	
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8 SE NECESSÁRIO	
5 D6/D10	OXACILINA 500 MG - 4 AMP + 100 ML SF 0,9% EV 8/8H	
5	RANITIDINA 50 MG/2 ML - 1 AMP + 8 ML ABD EV 12/12H	
6	CURATIVO DIÁRIO DAS FERIDAS	
7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
8	SSVV+CCGG	

9) OUT MC DIA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ

F. Kennedy F. Lourenço
SANE / ARQUIVO

matr. 157343-0

Diego Ariel de Lima
MATR. 157343-0
TEUT - 10467



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

21.10.13

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente Fernando Cav. F. Aquino Sexo ☒ M ☐ F Idade 29 Prontuário N° _____

Estado Físico ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ EI ☒ Ur ☐ Em

Diagnóstico Pré-Operatório Amputação transmetatarsal E Cirurgia Proposta at. cirúrgico

Diagnóstico Pós-Operatório lesão calcâneo + Fr. 2° QDE Cirurgia Realizada g. menor

Cirurgião Diego Auxiliares Silvion

Anestesiologia Laura Enfermeira _____

HISTÓRIA CLÍNICA

D. Neurológica ☐ Convulsão ☐ D. Respiratória ☐ Fumo ☐

Alergias ☐ D. Cardíaca ☐ Hipertensão ☐ D. Hepática ☐ D. Renal ☐

Diabetes ☐ Alcoolismo ☐ Câncer ☐ Sangramentos ☐ Medicamentos ☐

Uso de Drogas ☐ Cirurgia ☐ Prévia ☐ Transf. Sanguínea Prévia ☐ Anestesia Prévia ☐

Local ☐ Bloqueio Espinal ☐ Plexo Braquial ☐ Geral ☐

Outros dados _____

EXAME FÍSICO

Peso (Kg) 80 Temperatura (°C) 36,5 Pressão Arterial (mmHg) 120 X 80

Estatura (cm) 170 Frequência Respiratória (IPM) 18 Frequência cardíaca 96

Broncoespasmo ☐ Sopro Cardíaco ☐ Arritmias ☐ Veias Acessíveis ☒

Permeabilidade Vias Aéreas ☒ Coluna c/ Deformidades ☐ Local punção intactado ☐ Prótese ☐

Cor Corado ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐

Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐

Meses. Outros Dados Vágil

EXAME LABORATORIAIS

Classificação ABO e Rh ☐ Leucograma ☐ Hematócrito ☐

ECG ☐ Risco Cirúrgico ☐ Rx Tórax ☐ TGO ☐ Uréia ☐

Creatinina ☐ Bilirrubinas ☐ Fosfatase Alcalina ☐ Amilase ☐ Proteínas ☐

Glicemia ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Cateterismo cardíaco ☐

Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames _____

Pré-Anestésico _____ Efeito Satisfatório ☐ Regular ☐ Nenhum ☐

Técnica Anestésica indicada Bloqueio espinal + anestesia local regional MBE

Outros Comentários importantes _____

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO _____

HORA E DATA DE SAÍDA _____

Atividade									
Respiração									
Circulação									
Consciência									
Cor									
ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR					
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico					
mov. 02 membros	Dispneia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, icterico					
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P. A. Estável + 20%	Acordado	Corado					

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo ☐ Cianose ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Ret. Urinária ☐ Hipertensão ☐

Hipertensão ☐ Arritmias ☐ Dor ☐ Dif. respiratório ☐ Sangramento ☐ Cefaleia ☐

Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros _____

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria ☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ UTI ☐ Óbito ☐

Anestesiologista _____

RESUMO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

Paciente Fernando Cav. F. Aquino Idade 29 Estado Físico Ur

História D. Atual Amputação transmetatarsal E

Cirurgia g. menor Cirurgião Silvion

Anestesia Bloqueio espinal + anestesia local regional MBE Anestesiologista Laura

SAME / ARQUIVO

1450.21434-X

V. F. M.

[illegible]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA A DESSESTOAL
RMO GRANDE LIO ACHIE
SECRETARIA DE INTERIO DA SEGURANÇA PÚBLICA A DESSESTOAL
INSTRUMENTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA A DESSESTOAL
RMO GRANDE LIO ACHIE
SECRETARIA DE INTERIO DA SEGURANÇA PÚBLICA A DESSESTOAL
INSTRUMENTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

Red
Cn

1998

Cristiane Bezerra Sousa Dias

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

REN Nº 014241945321 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

1820:19

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DFVAT 0800 022 1204

SAC DFWAT 0860 022 1204

EXERCÍCIO: 2019... DATA EMISSÃO: 31/03/2019

PLACE
IN

DECLASSIFIED BY: 181, 0243, 16708

RENAVAM	VEICULO MODELO
0219200534	HONDA CIMA 50 BRS NOV 18

[illegible]

RECEIVED

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFFARIO		
ES (HAI)	DE NATURA (HAI)	QUE O DO SEGUNDO (HAI)

TOMER - INÍCIO DO SEGUNDO P

JST & B. GUMAC

SEGURODORA LIDER - DPVAT

15-100-200-000000-04

CNPJ 08.386.000/0001-91



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema APL

3 - CPF do titular

4 - Nome completo do vítima

317 612 834-56 Fernando eide de Freitas Aquino

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

5 - Nome completo

Fernando eide de Freitas Aquino

317 612 834-56

7 - Profissão

Autônomo

8 - Endereço

51 Santana

9 - Estado

41

10 - Complemento

eixo

11 - Bairro

Zona Rural

12 - Cidade

Gov. Dix. Sept. Rebouças

13 - UF

RN

14 - CEP

59790-000

15 - e-mail

Não Possui

16 - Telefone

(84) 99824.0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00
☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POLÍMORFA (quando não em Banco Web - Internet Banking)

☐ CONTA CORRENTE (quando não em Web)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2084

2

CONTA: 12.452

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de acordo com o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, em decorrência do acidente, desde que eu estiver de acordo com a documentação 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 NÃO estou apresentando a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme a Lei nº 1.194/2008, artigo 1º, inciso II.

- 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.

Sob pena de prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem base na documentação necessária apresentada em a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter a análise médica pericial, caso eu desista, de qualquer forma, a Seguradora Lider para verificação da existência ou não da condição de acidente ou doença causada por acidente automotivo, conforme o disposto na Lei nº 1.194/2008.

Declaro que esta autorização não significa minha concordância com a minha futura avaliação médica no momento de requerer a indenização, caso eu desista de não submeter.

DECLARAÇÃO DE UNICO 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 possui companheiro(a)

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se possui filhos, informar

30 - Vítima possui

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se possui irmãos, informar

33 - Vítima possui

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a apresentar a documentação necessária, desde que qualquer um dos beneficiários não arrendado possa pirar a obração de indenização a valor rescatório, além da possibilidade de ser penalizado por infração do art. 209 do Código Penal.

34 - Assinatura

35 - Assinatura de quem anexa a pedido (a requerente)

36 - CPF legível de quem anexa a pedido (a requerente)

37 - Assinatura de quem anexa a pedido (a requerente)

38 - 1ª - Assinatura

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Assinatura

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data

Gov. Dix. Sept. Rebouças RN 5510512020
Fernando eide de F. Aquino

41 - Assinatura da testemunha (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS-001 V002/1119

DECLARAÇÃO

Eu Fernando Carlos de Freitas Aguiar RG 003 372 395
e CPF 117.612.839-56 declaro para os devidos fins que
estive no banco do Brasil para regularizar minha Conta
Poupança número 12.452-4 da agência
2084-2 para poder receber o benefício da indenização do
Seguro DPVAT solicitado.

Porto Alegre, Dix-sept Rosado 15/05/2019

Cidade, Data

x Fernando Carlos de Freitas Aguiar

Assinatura do titular da conta bancária



Eurocard

International



4984 47934 2350 5302

7649

GOLD
TIER

04/21

FERNANDO C F AQUINO
2034-2 12.452-4

VISA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162076 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 1º DEDO 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 MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 7/8_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162076 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
FRATURA DO SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO).
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 1º DEDO 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 MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DE 1º DEDO 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernando Caio de Freitas Aquino, brasileiro (a),
Estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor Data do Acidente 31/01/2020
Cobertura Trabalho, Portador (a) do RG 003.372.395, Órgão Expedidor:
SSPRN e do CPF: 117.612.834-56, residente no(a) Sítio Santana
nº 41
Bairro Zona Rural Município: Gov. Dix-Sept Rosado / RN

OUTORGADO:

Nome: Ireneza de Freitas de Aquino, brasileiro (a),
Estado Civil: casada, Profissão: professora
Portador (a) do RG: 1.450.091 Órgão Expedidor: SSPRN
E do CPF: 941.606.604-44, residente no(a)
Rua Projeto Crescer Nº 72
Bairro: Centro Município: Gov. Dix-Sept Rosado / 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.

Gov. Dix-Sept Rosado, RN, 21/01/2020
Local e data



Fernando Caio de Freitas Aquino

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO ÚNICO DE GOV. DIX-SEPT ROSADO - RN
Rua Cônego Soares, 29 - Titular: Adriana Féliz da Silva
Contato: (84)3326-2141 e-mail: cartorio@govalderosado.com

RECONHEÇO, por AUTENTICIDADE, a firma(s) de:
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (117.612.834-56)
Confira em: <https://sejodigital.yn.jus.br>
Selo Digital: **RN202000943830002619XMB**
Governador: Dix-Sept Rosado - RN, 21 de janeiro de 2020 08:44
Rosana Silva de Oliveira - Escrevente Autorizada
O Poder
Ela: 2.83 ISSUI: 0,14
AA921102
Rosana Silva de Oliveira
Escrevente Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126233/20

Vítima: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

CPF: 117.612.834-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/01/2020

Titular do CPF: FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TEREZA DE FREITAS DE AQUINO : 941.606.604-44

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

FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO : 117.612.834-56

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: 29/04/2020
Nome: TEREZA DE FREITAS DE AQUINO
CPF: 941.606.604-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

TEREZA DE FREITAS DE AQUINO

GERCIA LOURENCO DA SILVA