



Número: **0813106-74.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60430296	22/09/2020 09:24	2752328_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15743360





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00405/00406 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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 o(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: Fernando Caio de Freitas Aquino

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

5 - Nome completo: Fernando Caio de Freitas Aquino 6 - CPF: 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: 59740-000

15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel. (DDD) 17 - 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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 anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 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 DE: INTERVENÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os limites abaixo. Assinalar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (tacos anexo)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2084 2 CONTA: 32452 4

(Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle)

AutORIZO a Seguradora LIDER a criar e manter no sistema toda a informação, de caráter reservado, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da análise, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.194/74), 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 no documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em submeter a análise médica presencial, caso necessário, às ordens 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 interposição não significa renúncia concorrente a uma futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou C/C) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Guarda 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: 30 - Vítima deixou residência? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração na declaração não validará, nem gerará o pagamento de ressarcimento, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

37 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

40 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

43 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

46 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

49 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

52 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

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

55 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

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

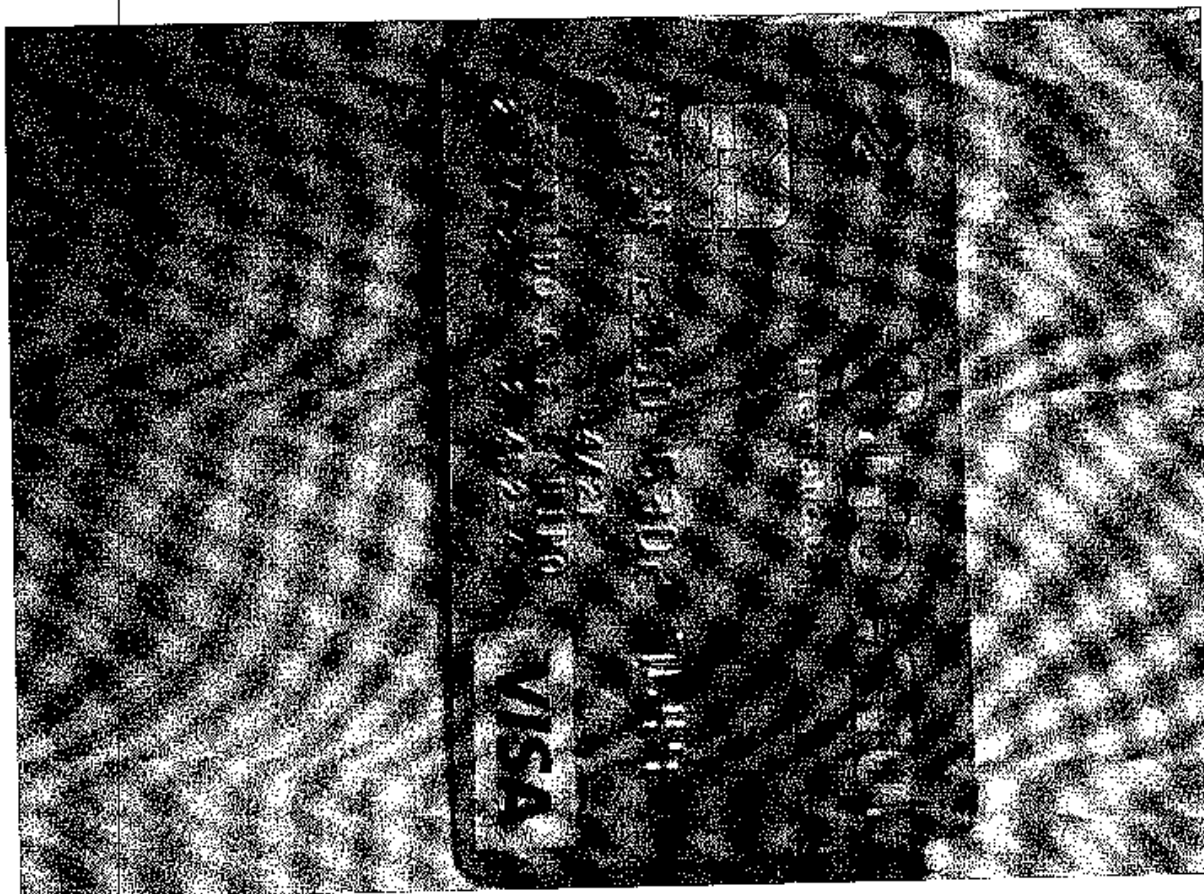
57 - Assinatura de quem assina a pedido (a seguir)

58 - Nome legível de quem assina a pedido (a seguir)

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09

https://pje1g.trf3.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047

Número do documento: 20092209240871200000057983047





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 de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Apodi

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

Local do Fato

Município: Apodi (RN)
Bairro: CIDADE BAIXA
Logradouro: SÍTIO BREJO

Tipo do Local: Zona Periférica

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

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nascimento: 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

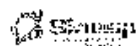
Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: SÍTIO SANTANA Nº: 41
Bairro: ZONA RURAL CEP: 55.790-000
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



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Carmelita Fonseca de Paiva
Data de Impressão: 19/01/2020 11:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>

Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 6



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

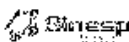
Carmelita Fonseca de Paiva

Carmelita Fonseca de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 280553
Responsável pelo Atendimento

Fernando Caio de Freitas Aquino

FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO
(Vítima / Comunicante)

*Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pelo conteúdo desta declaração em lei origin, conforme previsto nas Artigos 230-Detraçãoção Ostruente e 230-Cariminação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

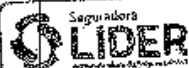


Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Carmelita Fonseca de Paiva
Data de Impressão: 19/01/2020 13:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DIAMIS (DIAGNÓSTICO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:			
	351632834-56	Fernando Caio de Freitas Aguiar			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:	Fernando Caio de Freitas Aguiar		6 - CPF:	351632834-56	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
Profissão	51 Santana	41	Casa		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:		
Zona Rural	Gov. Dix Sept Rosado	MA	59190-000		
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):				
Não Possui	(84) 99927-0066				
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 - Profissão do Representante Legal:		
19 - CPF do Representante Legal:			20 - Renda Mensal do Titular da Conta:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
21 - DADOS BANCÁRIOS:			22 - DADOS BANCÁRIOS:		
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO			<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os titulares acima. Indicar uma opção)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Indicar o nome)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)			Nome do Banco: Banco do Brasil		
<input type="checkbox"/> Itaú (141)			AGÊNCIA: 2084 2		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)			CONTA: 12452 4		
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: [] [] []			CONTA: [] [] []		
(Informar o dígito de controle)			(Informar o dígito de controle)		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta poupança informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo o acordo, desde que a mesma não seja objeto de cobrança judicial, quitando a totalidade do valor recebido.					
23 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de preenchimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.947/76), 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 realizou perícia 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, considerando, desde já, em me submeter a análise médica pericial, caso necessário, as conclusões da Seguradora Líder 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 5.947/76.					
Declaro que esta autorização não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica ou realização do direito de recorrer a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
24 - Estado civil da vítima:		25 - Data do óbito da vítima:		26 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúva					
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:		28 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:		29 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:	
30 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:		31 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:		32 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:	
33 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:		34 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:		35 - Se a vítima deixou companheiro(a), indicar o nome completo:	
Foi-me entregue de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário ou representante legal e proveerem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do seguro e a perda da indenização, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.					
36 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir)		37 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir)		38 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir)	
39 - Nome		40 - CPF		Assinatura da testemunha	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se declarante)		42 - Assinatura do Promotor (se houver)			
43 - Local e Data: _____					
44 - 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

Convenção Estadual de RSE Grande Norte
Rua Manoel, 151, Dado, Natal - RN CEP 59065-120
CNPJ 06.928.186/0001-61 | Insc. Est. 2055199-0 | www.cosern.com.br

TOMADA DE PREÇOS DE AQUINO

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 003/2020
RUA PROCTOR CRESCER 72

CPF 941.886.894-44

CENTRO VILA URBANA
GOVERNADOR DIX REPT ROSADO RN
59780-000

OBJETO DO CONTRATO
RESIDENCIAL
Monofaseado

7000563867 01/2020
03/02/2020 14/02/2020
243.07

Consumo Água (M³) - TUSD	327,0000000	0,37374701	VALOR (R\$)	714,81
Consumo Água (M³) - TE	327,0000000	0,37374701		112,81
Acabamento Bandeira AMARELA				6,04
Contrato para Fiação Municipal				15,89
Comunicação CIG Mensal 11x9				5,42

TOTAL DA FATURA

243,07

Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	COMBONO (R\$)
MEDIDA	REDAÇÃO	DATA	DATA	DIAS			NOV. 20
JAN 17	337						
DEZ 17	318						
NOV 18	338						
OUT 18	338						
SET 18	391						
AGO 18	385						
JUL 18	392						
JUN 18	312						
MAR 18	351						
FEV 18	393						
JAN 18	338						

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: 10% DE DESCONTO SE PAGAMENTO EM 10 DIAS DA DATA DE VENCIMENTO. 5% DE DESCONTO SE PAGAMENTO EM 20 DIAS DA DATA DE VENCIMENTO. 0% DE DESCONTO SE PAGAMENTO EM 30 DIAS DA DATA DE VENCIMENTO. 1% DE JUROS SOBRE O VALOR EM ATRASO POR DIA DE ATRASO.

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: 10% DE DESCONTO SE PAGAMENTO EM 10 DIAS DA DATA DE VENCIMENTO. 5% DE DESCONTO SE PAGAMENTO EM 20 DIAS DA DATA DE VENCIMENTO. 0% DE DESCONTO SE PAGAMENTO EM 30 DIAS DA DATA DE VENCIMENTO. 1% DE JUROS SOBRE O VALOR EM ATRASO POR DIA DE ATRASO.

CONDIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	TRIMESTRE	VALOR	MONETÁRIO (R\$)	LIMITE DE PAGAMENTO (R\$)
DEZ	6,03	6,03	6,03	1570		
JAN	6,03	6,03	6,03	0,00		
DADO	12,12	12,12	12,12	12,12		

TOTAL A PAGAR (R\$) 243,07





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.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 0h às 24h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-3995 / Outcall região: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 025 81 85

Eu, Tereza de Freitas de Araújo
RG nº 003 450 093, data de expedição 19 / 11 / 10
Órgão Detran, 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 Crecer</u>
Número	<u>72</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Gov. Dix Sept Rosado</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59790-000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>João Porci</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Norão - 20/10/20

Tereza de Freitas de Araújo

Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números 800-201-2011
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 04 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 81 39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível em endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/seguros/DOCUMENTOS/ASP/PRIMO-1-LECOPISSO-20620>

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 faixa de 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 SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FUNÇÃO DE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.033/98.

Pelo exposto, eu

Tereza de Freitas de Aquino

Inscrito(a) no CPF/CNPJ

994.606.604

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:

Recebe

Renda:

Recebe

e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora LIDER-DPVAT, rastrear no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Projeto Crecer

Cidade: Gov. Dir. Sgt. Rozado

Número: 72

Estado: W

Complemento:

Caixa

Bairro:

Centro

CEP: 34790-000

E-mail:

Não possui

tel (000) (84) 99827 0066

Local e Data:

Monte - 20/09/20

x Tereza de Freitas de Aquino
Assinatura do Declarante

DL011.005 v001/2017

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

Tipo: REGULADO

URG/EMERGENCIA

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 + AMPUTACAO INCOMPLETA DE HALUX E
PX DE QUIRODACTILO
P/ CC
REMOVER O
ORIENTAR FAMILIA

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

1) DIETA REG			
2) SF 99% 100 L EV		5.2	
3) 2000mg 500 - ORAMP EV		20.20	4.20.20

Diego Ariel de Lima
COO. 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

Carimbo

5929

040805 0454

Diego Ariel de Lima
COO. 15467
TEOT - 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME ORIGINAL
SANE MOSSORO 11/01/2020
SANE/ARQUIVO
MAC. 1157-343-0



PREFEITURA DE FELIPE GUERRA/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE

Dr. Eilson Gurgel do Amaral

RECEITUÁRIO

Para: Fernando Caio de Freitas Aguiar
Do Hospital Regional Tarcísio Maia

Paciente: 14 anos, sofreu acidente
artrodialítico (bunda e nádegas)
há 20 anos.
Nº injeto de bala de alcatraz.
Nº trauma em abdome, lombo e crânio.
Apresenta trauma em pé direito e na mão
esquerda.
A - Visão com pernas, sem curvatura.
B - Espinha FR 18
C - Entalhe Hmo, FC 88, sangramento b.
na pé esquerda
D - gl. b. u 15
E - Lesão cado. cado em alcão E
Nº cado ^{Requisitante} em região de
melatosa - Háte esquerda
F. Guerra/RN, ____/____/____
Lesão cado cado em 2º quadrante
de mão esquerda Verso.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/09/2020
A. Fernando F. Aguiar
SAME/ARQUIVO
mit. 17/09/2020



Encarrego para antidepressivo

Paulo Dignato e Valtom.

37/01/2020.

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SABE MOSSORÓ 17/01/2020
A. Karina F. Freitas
SABE / ARQUIVO
mat. 150.242.0



Prontuário: 211503



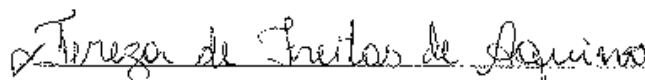
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

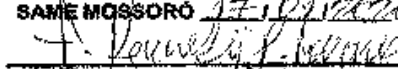
PERMISSÃO

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.


Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17.01.2020

SAME / ARQUIVO
MTE - 4650-3431-0



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 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000 ☐ 1001 ☐ 1002 ☐ 1003 ☐ 1004 ☐ 1005 ☐ 1006 ☐ 1007 ☐ 1008 ☐ 1009 ☐ 1010 ☐ 1011 ☐ 1012 ☐ 1013 ☐ 1014 ☐ 1015 ☐ 1016 ☐ 1017 ☐ 1018 ☐ 1019 ☐ 1020 ☐ 1021 ☐ 1022 ☐ 1023 ☐ 1024 ☐ 1025 ☐ 1026 ☐ 1027 ☐ 1028 ☐ 1029 ☐ 1030 ☐ 1031 ☐ 1032 ☐ 1033 ☐ 1034 ☐ 1035 ☐ 1036 ☐ 1037 ☐ 1038 ☐ 1039 ☐ 1040 ☐ 1041 ☐ 1042 ☐ 1043 ☐ 1044 ☐ 1045 ☐ 1046 ☐ 1047 ☐ 1048 ☐ 1049 ☐ 1050 ☐ 1051 ☐ 1052 ☐ 1053 ☐ 1054 ☐ 1055 ☐ 1056 ☐ 1057 ☐ 1058 ☐ 1059 ☐ 1060 ☐ 1061 ☐ 1062 ☐ 1063 ☐ 1064 ☐ 1065 ☐ 1066 ☐ 1067 ☐ 1068 ☐ 1069 ☐ 1070 ☐ 1071 ☐ 1072 ☐ 1073 ☐ 1074 ☐ 1075 ☐ 1076 ☐ 1077 ☐ 1078 ☐ 1079 ☐ 1080 ☐ 1081 ☐ 1082 ☐ 1083 ☐ 1084 ☐ 1085 ☐ 1086 ☐ 1087 ☐ 1088 ☐ 1089 ☐ 1090 ☐ 1091 ☐ 1092 ☐ 1093 ☐ 1094 ☐ 1095 ☐ 1096 ☐ 1097 ☐ 1098 ☐ 1099 ☐ 1100 ☐ 1101 ☐ 1102 ☐ 1103 ☐ 1104 ☐ 1105 ☐ 1106 ☐ 1107 ☐ 1108 ☐ 1109 ☐ 1110 ☐ 1111 ☐ 1112 ☐ 1113 ☐ 1114 ☐ 1115 ☐ 1116 ☐ 1117 ☐ 1118 ☐ 1119 ☐ 1120 ☐ 1121 ☐ 1122 ☐ 1123 ☐ 1124 ☐ 1125 ☐ 1126 ☐ 1127 ☐ 1128 ☐ 1129 ☐ 1130 ☐ 1131 ☐ 1132 ☐ 1133 ☐ 1134 ☐ 1135 ☐ 1136 ☐ 1137 ☐ 1138 ☐ 1139 ☐ 1140 ☐ 1141 ☐ 1142 ☐ 1143 ☐ 1144 ☐ 1145 ☐ 1146 ☐ 1147 ☐ 1148 ☐ 1149 ☐ 1150 ☐ 1151 ☐ 1152 ☐ 1153 ☐ 1154 ☐ 1155 ☐

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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>

Número do documento: 20092209240871200000057983047



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: FERNANDO COLO DE FREITAS DENINO Reg N° 62.45.173

Diagnóstico pré-operatório: POLIPÓLIPOMA

Indicação terapêutica: - REGULARIZAÇÃO A CORDÃO DE MIE + TRATAMENTO
DE FX E UTERO + TRATAMENTO QUÍMICO

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: ARCEL

1ª Auxiliar: GLYDIA

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiista: WAG

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. DELT. SOB ANESTESIA

2) REGULARIZAÇÃO I. UTERO + CORDÃO

3) TRATAMENTO QUÍMICO DE J. OVARIO + FX. EXTERNA
DE UTERO E QUÍMICO A. EX

4) REGULARIZAÇÃO UTERO + CORDÃO

5) REGULARIZAÇÃO A CORDÃO DE MIE + TRATAMENTO DE FX. UTERO +
TRATAMENTO + PINTURA QUÍMICA

6) REGULARIZAÇÃO I. UTERO

7) REGULARIZAÇÃO

Diagnóstico
C. de
REGULARIZAÇÃO I. UTERO
TRATAMENTO QUÍMICO
DE UTERO + CORDÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 22.11.2020
F. Karoline F. Barros
SANE/ARQUIVO
mm. 150.343.0



21.15.03

DATA: 17/01/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA 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 AMPUTACÃO 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

ferido com bom aspecto
TC sem complicações
de 16/01

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
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 NECESSARIO	
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) OUTS MC DIA

Diego Artur de Lima
Cirurgião Geral
RFO - 13467

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17-10-2020

SAME/ARQUIVO

17.15.03-10





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

22.09.20

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente: Fernando Carlos F. Aquino Sexo: M Idade: 29 Prontuário N°: _____

Estado Físico: 2 3 4 5 ☐ EI ☒ Ur ☐ Em

Diagnóstico Pré-Operatório: Aumento de transaminases Cirurgia Proposta: at. cirúrgico

Diagnóstico Pós-Operatório: lesão calcâneo + Fr. 2° DE Cirurgia Realizada: g. meninge

Cirurgião: Diego Auxiliares: Galvão

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): _____ Frequência Respiratória (IPM): _____ Frequência cardíaca: 96

Broncoespasmo ☐ Sopro Cardíaco ☐ Arritmias ☐ Veias Acessíveis ☒

Permeabilidade Vias Aéreas ☒ Coluna / Deformidades ☐ Local punção infectado ☐ Prótese ☐

Cor Coração ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐

Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐

Meses. Outros Dados: Vigil.

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				
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 ☐ Cefaléia ☐

Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros: _____

Alta da sala de recuperação

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

Anestesiologista: _____

RESUMO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Paciente: _____ Idade: _____ Estado Físico: _____

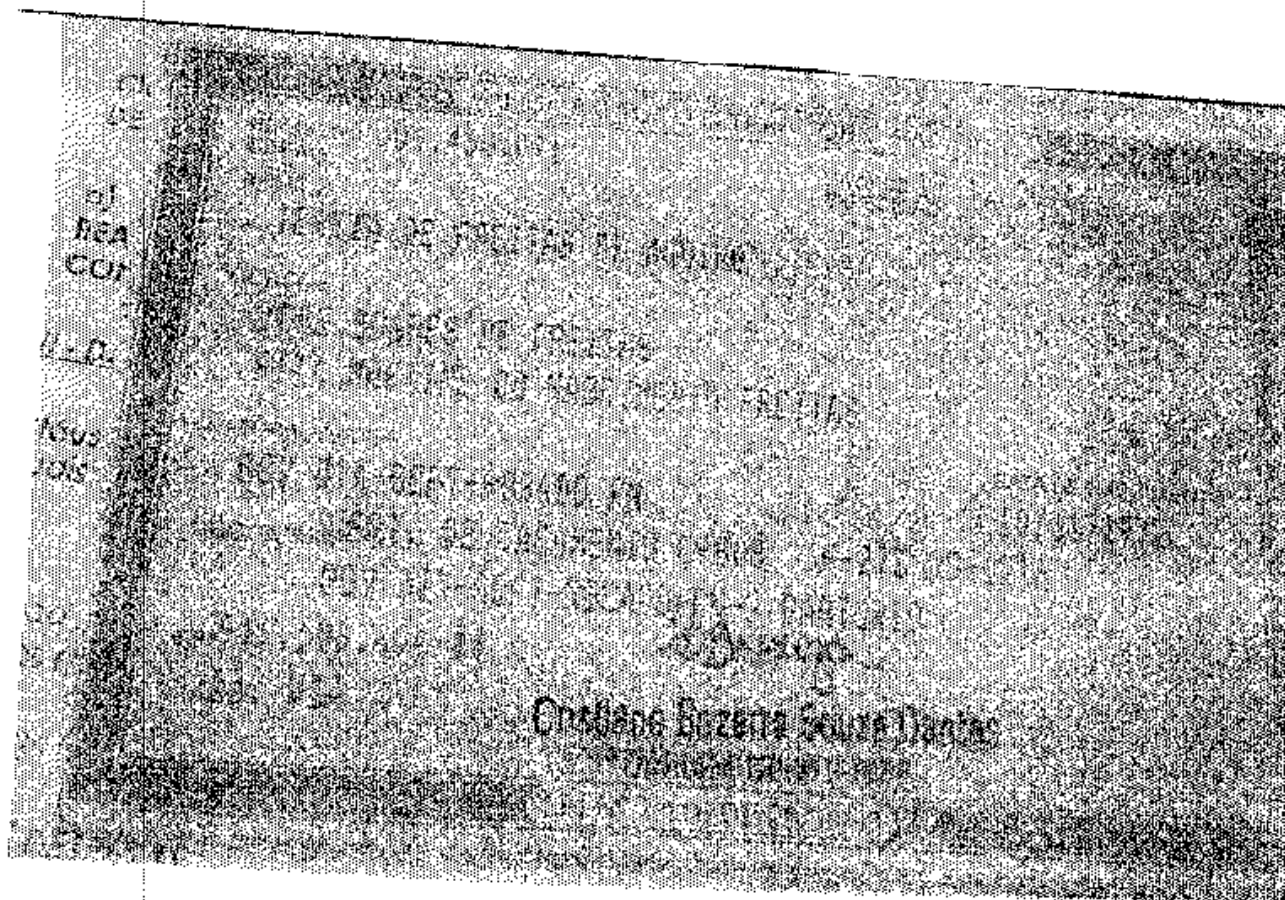
História D. Atual: SAME MOSSORO

Cirurgia: F. Carlos F. Aquino Cirurgião: _____

Anestesia: SAME ARQUIVO Anestesiologista: _____







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 014241945321

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. REG. (ART. 17, IV, Lei 9.472/97) EXERCÍCIO 2019

000132105321

FERNANDO SAO DE FREITAS SOUZA

157.612.431-55

PLACA ANTE-IMPULSIONADA

000132105321

ESPECIFICACAO

AGRELO/HCT/000132105321

MARCA/MODELO

FONDA/NK130 PROS MIP BS

CAP. POT. CIL. CATEGORIA

000132105321 PARTICIPAR

COTACAO

000132105321

PREMIO TARIFARIO

LICENCIAMENTO DETRAN

000132105321

GOVERNADOR DE

000132105321

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

RN Nº 014241945321 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSAO 07/03/2019

000132105321

MARCA/MODELO

FONDA/NK130 PROS MIP BS

CAP. POT. CIL. CATEGORIA

000132105321 PARTICIPAR

COTACAO

000132105321

PREMIO TARIFARIO

LICENCIAMENTO DETRAN

000132105321

GOVERNADOR DE

000132105321

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.33.608/0001-04



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09

<https://pje1g.trm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>

Número do documento: 20092209240871200000057983047



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

3 - Nº do veículo (CAVE) **317 612 834-56** 4 - Nome completo do vítima **Fernando Elias de Freitas Aquino**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FREQUÊNCIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP. Nº 465/2013

5 - Nome completo: **Fernando Elias de Freitas Aquino** 6 - CPF: **317 612 834-56**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Endereço: **51 Santana** 9 - Cidade: **41** 10 - Estado: **RN** 11 - Complemento: **coba**
12 - Nome: **zona Rural** 13 - CEP: **59790-000**
14 - E-mail: **Não Possui** 15 - Telefone: **(84) 95324-0066**

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: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEBO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ 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 possuir conta corrente, informar o tipo de conta): ☐ CONTA CORRENTE (quando não possuir)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BAFICO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: **2084** 2 CONTA: **12.452** 41 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o código do banco) (Informe o código do banco) (Informe o código do banco)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de modo automático, o valor da indenização do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, conforme o disposto no art. 1º da Lei nº 1.194/74.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não apresentei laudo de incapacidade emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme o disposto no art. 1º da Lei nº 1.194/74.

• Não fui IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, pois não apresentei, com base na documentação médica apresentada, um laudo de incapacidade emitido pelo IML, concordando, desde já, com a submissão à análise médica e pericial da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos materiais decorrentes do acidente de trânsito causado, que ocorreu automaticamente, conforme o disposto na Lei nº 1.194/74.

Declaro que esta autorização não se estende a perícias realizadas a nível de perícia médica realizada no momento de ocorrência do acidente de trânsito e perícias realizadas a nível de perícia médica realizada no momento de ocorrência do acidente de trânsito.

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 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima possui companheira(o): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheira(o), informar o nome completo: _____

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar o nome completo: _____ 30 - Vítima possui filhos menores de idade? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver irmãos, informar o nome completo: _____ 33 - Vítima possui irmãos maiores de idade? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem a prioridade na sucessão hereditária, de acordo com o disposto no art. 1.801 do Código de Processo Civil, e que qualquer mudança ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da multa de 10% (dez por cento) sobre o valor devido.

34 - Assinatura de quem assina a pedido da morte: _____ 35 - 1ª testemunha: _____ 36 - 2ª testemunha: _____ 37 - Assinatura de quem assiste a pedido da morte: _____ 38 - 3ª testemunha: _____

39 - Local e data: **601 Dix. Spt. Recife RN 15/05/2020**
Fernando Elias de F. Aquino
40 - Assinatura do representante legal (se houver): _____ 41 - Assinatura do beneficiário (se houver): _____ 42 - Assinatura do periciado (se houver): _____

*42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

EPS.001 V002/0119



DECLARAÇÃO

Eu Fernando Cero 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.

Governador Dix-Sépt Rosado 15/05/2019

Cidade, Data

x Fernando Cero de Freitas Aguiar

Assinatura do titular da conta bancária





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
AQUINO

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: 11/01/2020
Cobertura: Tuvalia, Portador (a) do RG: 003.372.395, Órgão Expedidor:
SSPRN e do CPF: 117.612.834-56, residente no(a) Lírio Santana
nº 41
Bairro: Lona Rural, Município: Gov. Dix. Sept. Rosado / RN

OUTORGADO:

Nome: Leiza de Freitas de Aquino, brasileiro (a),
Estado Civil: Casado, Profissão: Professor
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 REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Cônego Soares, 29 - Titular: Adriana Felipe da Silva
Contato: (84) 3326-2141 e-mail: cartorio@nata.rn.gov.br

RECONHEÇO, por AUTENTICIDADE a firma(s) de:
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (117.612.834-56)
Confira em: <https://selodigital.rrn.jus.br>
Sete Digital: RN202000943830002619KMB
Governador: Dix. Sept. Rosado, RN, 21 de janeiro de 2020 08:44
Rosana Silva de Oliveira, Escrevente Autorizada
O Poderado
Emissão: 2020-01-21 08:44
AA821102

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

