



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
60430 296	22/09/2020 09:24	<u>2752328_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15743360

Pag. 01773/01774 - carta_01 - INVALIDEZ



00010887



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 1



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.

00010203

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00549/00550 - carta_15R - INVALIDEZ



00020275

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

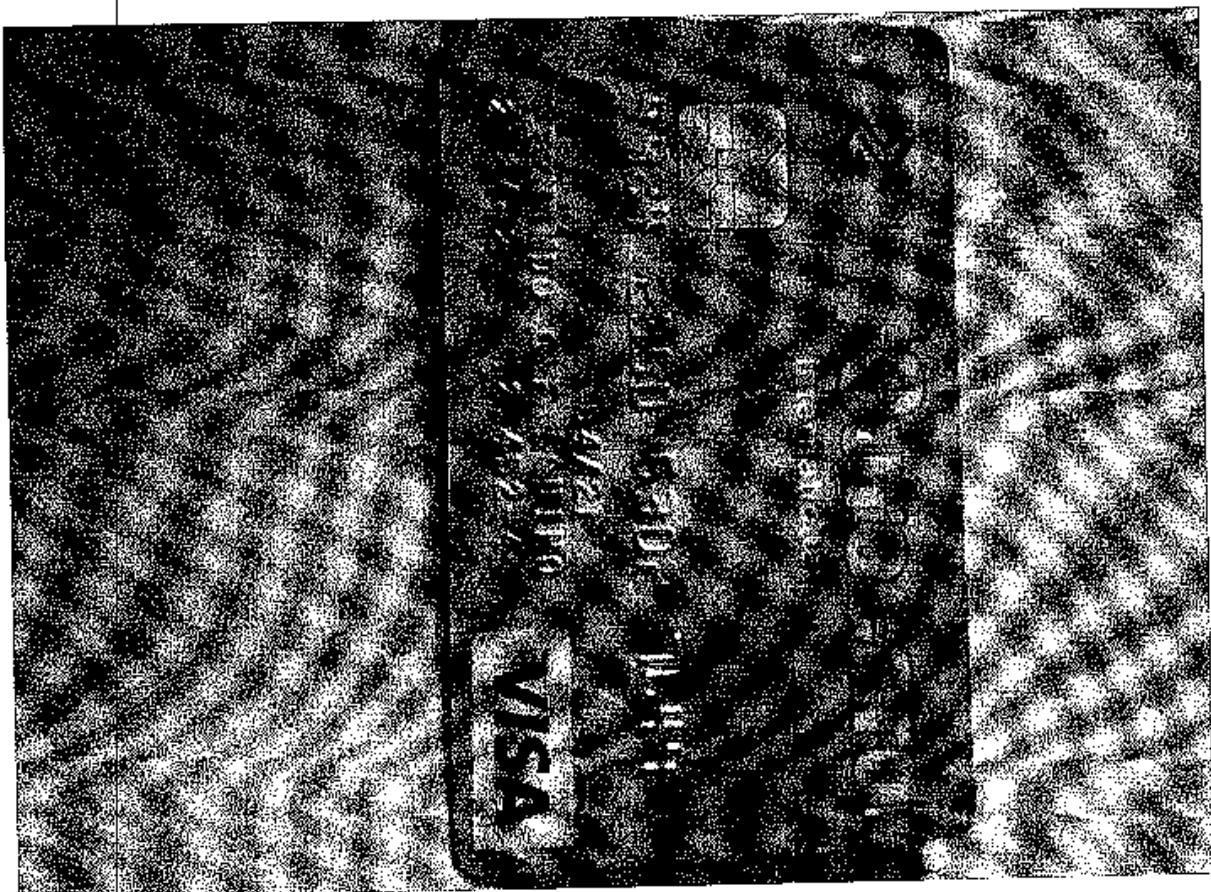
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA 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: SITIO BREJO

Tipo do Local: Zona Perifurbana

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

EN VOLVIDO(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 da Pessoas Físicas: 117.612.834-66

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: SITIO SANTANA N°: 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	117.612.834-66	Placa	NUZ3214
Renavam	00219210566	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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006469/2020

RELATO/HISTÓRICO

RELAÇÃO 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 TARCISIO MAIA, SENDO QUE NO HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA, O MÉDICO AMPUTOU O DEDO DO PÉ ESQUERDO QUE ESTAVA BASTANTE MACHUCADO (CONFORME LAUDO DO HOSPITAL EM ANEXO).

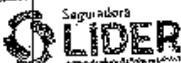
ASSINATURAS

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

FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (índio(a)) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderé responder civil e criminalmente pela precisão das informações da minha voz em meu nome, conforme previsto nos Artigos 220-Destituição da Culpabilidade e 320-Criminização Falsa de Crime no Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS Escolha(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> UATMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - N° do sinistro ou ASL: 331632834-56 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Caio de Freitas Aquino REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSP. Nº 443/2022 5 - Nome completo: Fernanda Caio de Freitas Aquino 6 - CPF: 331632834-56 7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: 51 Santana 9 - Número: 44 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado 13 - Estado: AC 14 - CEP: 59740-000 15 - E-mail: Não Possui 16 - TEL (DDDD): (84) 99827-0066	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA BOUZANÇA (Somente para obtendo atestado. Encaminhe uma cópia!) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente para obtengo atestado) <input type="checkbox"/> CONTA POUPO (Somente para obtendo atestado)	
Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (207) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Agência: 2084 <input type="checkbox"/> Conta: 12452 <input type="checkbox"/> Informar o digite se existir <input type="checkbox"/> Informar o digite se existir <input type="checkbox"/> Informar o digite se existir	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, sua renda estipulada na, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que me fui direito, reconhecendo-o integralmente já vencido, após a efetivação da ordem, quando total do valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE USO/NÃO DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sou na pessoa da (s), que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.124/74), until que: <ul style="list-style-type: none"> o Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; o O IML que atende à região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT, ou o O IML que atende à região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido. Solicito o prosseguimento do atendimento ao 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 permanente, caso necessário, as clínicas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito que esteja, seu velho autorizado, conforme o disposto na Lei 8.124/74. Declaro que esta autorização não significa ser um concordânciam com a futura avaliação médica ou residuo no elemento de risco associado à invalidade, caso descreva o seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 23 - Estado Civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo. 24 - Data de óbito da vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Vítima faleceu, informar: <input type="checkbox"/> Sim Vítima falecida: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Falecida(s): Sim Se Vítima falecida, informar: <input type="checkbox"/> Sim Vítima falecida: <input type="checkbox"/> Falecida(s): <input type="checkbox"/> Falecida(s): Não Se Vítima falecida, informar: <input type="checkbox"/> Sim Vítima falecida: <input type="checkbox"/> Falecida(s): <input type="checkbox"/> Falecida(s): Não Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT que mostrarei que beneficiários só se apresentarão e provarem, este condicão, estando vivo, ainda de que qualquer condição ou circunstância não verdadeira poderá gerar a utilização de recursos a valor resarcitório, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 209 do Código Penal.	
34 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a) logo: 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a) logo: 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a) logo: 40 - Local e Data: Mônroe - AC - 20/03/20 Fernanda Caio de Freitas Aquino 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): PPS.003 V002/2019 43 - Assinatura do Procurador (se houver):	



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 9

COSERN

Todas Sociedades de Energia Elétrica Criada pela Lei 10438, de 20/04/02

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO AMAROTI AQUINOENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI SANTANA 41

CPF: 045.049.434-95 NIS: 12406548295

ZONA RURAL/AREA RURAL
GOVERNADORIX SEPT ROSADORN
57700-000CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
S2 AREA RURAL
S3 COMERCIAL

0852252952 01/2020

03811891 UNICA 150010020
20200127 20200201 39,56

	DATA	VALOR (R\$)
Consumo - Total	27/01/2020	39,56
Consumo - TUSD pagado a 30/01/2020	27/01/2020	39,56
Consumo - Pág. 100% ITR	27/01/2020	39,56
Consumo - F superiores a 30/01/2020	27/01/2020	39,56
Acrecimento Bimestral ANAPECIA	27/01/2020	0,00
Centro Pura Fazenda Mato Grosso	27/01/2020	0,00
CGS - Fazenda Mato Grosso	27/01/2020	0,00
Outras despesas	27/01/2020	0,00
Alimentação DIFM-NH 30/01/2019	27/01/2020	0,00

TOTAL DA FATURA 39,56

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	FINAL	LIMITE	DATA	CONSTANTE	ALISTAR	CONSUMO (KWH)
00211891	001	16-12-2019	014000	10-01-2020	015210	00	10-01-2020	0000000000000000	00	0000000000000000

ANO	MES	BASE DE CALCULO	VALOR DO REPORTE	Transmissão	01	1,00	31,56
2018	09	0000000000000000	0,00	Notificação (Capítulo)	01	1,00	25,79
SUMA	00	0000000000000000	0,00	Pontos de Recarga	01	0,00	0,00
JUN18	06	0000000000000000	0,00	Energias Saturadas	01	0,00	2,12
SET18	07	0000000000000000	0,00	Entrada	01	0,00	0,00
2019	01	0000000000000000	0,00	Vale	01	0,00	0,00
JAN19	02	0000000000000000	0,00				
FEB19	03	0000000000000000	0,00				
MAR19	04	0000000000000000	0,00				
ABR19	05	0000000000000000	0,00				
MAY19	06	0000000000000000	0,00				
JUN19	07	0000000000000000	0,00				
JUL19	08	0000000000000000	0,00				
AGO19	09	0000000000000000	0,00				
SETEMBR19	10	0000000000000000	0,00				

Este documento é resultado da consulta realizada no sistema de cobrança da COSERN. Ele não é uma prova de débito, mas um comprovante de que a sua fatura foi gerada e que você pode pagar online. O seu débito só é confirmado quando o valor é debitado da sua conta bancária. Se houver alguma dúvida, entre em contato com a COSERN.

TIPO DE VEDULAS	VALOR DE VEDULAS				
000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPROVANTE DE PAGAMENTO 27/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 39,56



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

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

Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 10



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mernoz, 150, Balneário - RN, CEP 59025-150
CNPJ 06.322.183/0001-81 | Insc. Est. 20055190-0 | www.cearn.com.br

TPM AND PREDICTIVE MAINTENANCE

www.english-test.net

CSE 941 696 2344

CEBARQ/ÁREA URBANA
GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RJ

ESTADO DE SÃO PAULO
RESIDENCIAL
Microsoft

080268715 UNICA 17/01/2020

7000363887 01/2020
108032120 14/02/2021

Consumo Aéreo (HWh)-TUSD
Consumo Aéreo (MWh)-TE
Acrescimo Bandeira AMARELA
Contribuição Pública Municipal

SUMMARY	AMOUNT	VALOR USD
327,000.000	0.37377001	117,81
327,000.000	0.36779994	112,81
		6,04
		16,99

INFOGRAPHIC

142/17

DESCRIÇÃO	CONSUMO	PERÍODO	LIVRE	LEVANTE	LEVANTE ANTES	VALORIZADO	LIVRE DE VALORIZAÇÃO
						VALOR	VALOR
ROSA DO							
AFERIMENTO	4,60		3,49	0,12	0,77		
DFT	6,92		5,62	1,00	0,30		
DVC							
DRC							





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais encaminhamentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um Convênio de Afiliados:

Central de Atendimento (para consultas sobre intenções e prazos, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Cognitais e reuniões metropolitanas: 4020-3595 / Centro regional: 0800 079 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 20 06 | Central Oxydora: 0800 925 53 35

Eu, Tereza de Freitas de Araújo,
RG nº 003 450 093, data de expedição 29/11/30,
Órgão Step fm, CPF nº 941 606 604-44,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projeto Glecer</u>
Número	<u>72</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>GOU. Dix 9apt. Rosado</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59790-000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não Posui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Floriano - 20/09/20

Tereza de Freitas de Araújo
Assinatura do Declarante



De: Dr. Gibson, Ortopedico!



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

Dr. Eilson Gurgel do Amaral

RECEITUÁRIO

Para: Fernando Caio da Freitas, Age
Av Hospital Agnel Toranio Mun.

Paciente, 30 anos, sofreu acidente
automobilístico (fude a motorista)
há 30 mins.
Nego ingestão de bebida alcoólica.
Nego trauma em abdome, lombar e crânio-músculo.
Aprendo trauma em pélvica e na m-

ezquera.
A - Vias aéreas livres, SNC normal.
B - Espírito F R 18
C - Estável Hemo, FC 88, sanguinolento
não agudo
D - gáses N 15
E - Lesão contuso - contuso em cérebro E
Lesões contuso ^{requerente} em tegumento de
máculas - Hemo agudo
F. Guerra/RN, _____ / _____
Lesões contuso contuso em d^o quicododó.
- de morte agudo Verso.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/09/2020

T. Fernandes

SAME/ARQUIVO
mat. 20000000000000000000



Encardo para antepor
Falso Diploma e Voltar.

33/02/2020.

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍZIO RIAA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 33/02/2020

SAME / ARQUIVO



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.

Fernando de Freitas de Aquino
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17-09-2020
L. Livia F. Silva
SAME / ARQUIVO
muse : 185/3434-0



**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 (3 - 185/2020)

6 - N° DO PRONTUÁRIO
211503

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
702300170819912

8 - DATA DE NASCIMENTO
06/04/1995

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR
PARDA

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
TERESA DE FREITAS AQUINO

12 - FONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
96660065

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO

14 - FONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
96660065

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
SANTANA, 1 / - 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

POLITEJMA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

ISSO DE COMPROM

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

CIMA → INFERIOR

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

24 - CID 10 PRINCIPAL
\$92.9

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
017858926394

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

408050458

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CIR

2

() CNS (X) CPF

017858926394

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

DIEGO ARIEL DE LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/01/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CSCR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS

() CPF

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMÉ MOSSORÓ**

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
SAME / ARQUIVO**

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Admissão de Internamento Hospitalar

N° FlA: 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

MOSSORÓ, 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: PELUWONI OTILIO ALVES DENOVO Reg N° 62.451.72

Diagnóstico pré-operatório: POLIPOMA

Indicação terapêutica: - REGULARIZAÇÃO DA CIR. DE MIE + TEP LARVA
de RX de oxigênio + TEP FA & QUIMOCIO

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: AGEL

1º Auxiliar: G12

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: WRC

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 DELL SOB ANESTESIA

② ESTERNA I OMBILICO + COMAS

③ POT COM OMBILICO MARGEM DE 3 CM + FA EXTERNA

de cíngulo e ombilicus à FA

④ FAZENDO URGES VULVA LIGADA

⑤ FAZENDO REMOÇÃO A CIR. DE MIE + TEP FA & EXTERNA +

TUMOR + PINCETE E TEC

⑥ FAZENDO LIGADA

⑦ FAZENDO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
BANE MOSSORÓ 22/11/2020

BANE/ARQUIVO

MAT. 600-343-0



202.45.0.2

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 DA ADMISSÃO:	11/01/2020	GOV DIA SEPT ROSADO - RN	COBREJO: S364
DATA	EVOLUÇÃO		
Nº fraturas: 02	6º DIH: POR AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE HALUX ESQUERDO + .FX CALCANEUS ESQUERDO + FX FALANGE DISTAL DI: 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 PALPACAO.			
MIE: PÉ ESQUERDO COM CURATIVO OCCLUSIVO. 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 (NEUTROPILIA) PLAQ: 162 000 UR: 30 TGO: 21 TGP: 17 AGUARDA LAUDO DA TC PARA DEFINIR FORMA DE TRATAMENTO ENTRE CONSERVADOR E CIRÚRGICO			
CD: SUSPENSO TILATIL VPM	<i>PENDO COM BOA ASPECTO</i> <i>TC SEM OMSOCHEMIA</i> <i>COM VPM</i>		

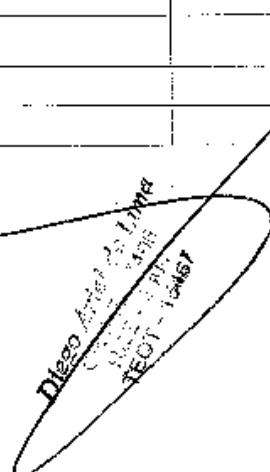
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SF0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3	DIPIRONA 1 G + 18ML ABD EV 6/6 HORAS FIXO	
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 SE NECESSARIO	
5 D6/D10	OXACILINA 500 MG - 4 AMP + 100 ML SF 0,9% EV 8/8H	
5	RANITIDINA 50 MG/2 ML - 1 AMP + 8 ML ABD EV 12/12H	
6	CURATIVO DIÁRIO DAS FERIDAS	
7	CLEXANE 40MG SC IX/DIA	
8	SSVV+CCGG	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME D ORIGINAL
SAMÉ MOSSORÓ 17-103

J. Lekha S. DAWALI
SAME LABORATORY

! SAME / ARQUIVO

ପ୍ରକାଶକ - ଏମ୍ପିରିଆଲ୍





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

2015-03

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente Fernando Caiu S. Aquino Sexo M/F Idade 24 Prontuário N° _____

Estado Físico 1 2 3 4 5 EI Uri Em

Diagnóstico Pré-Operatório Hernia de hiato + luxação E Cirurgia Proposta At. cirúrgico
 Diagnóstico Pós-Operatório Hernia calcanea f Fr 2ºQD E Cirurgia Realizada g menisco

Cirurgião Dra. S. A. Auxiliares Silvam

Anestesiologia Larissa Enfermeira _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Alergias <input type="checkbox"/>	D. Neurológica <input type="checkbox"/>	Convulsão <input type="checkbox"/>	D. Respiratória <input type="checkbox"/>	Fumo <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	D. Cardíaca <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	D. Hepática <input type="checkbox"/>	D. Renal <input type="checkbox"/>
Uso de Drogas <input type="checkbox"/>	Alcoolismo <input type="checkbox"/>	Câncer <input type="checkbox"/>	Sangramentos <input type="checkbox"/>	Medicamentos <input type="checkbox"/>
Local <input type="checkbox"/>	Cirurgia <input type="checkbox"/>	Prévia <input type="checkbox"/>	Transf.Sanguínea Prévias <input type="checkbox"/>	Anestesia Prévias <input type="checkbox"/>
Bloqueio Espinal <input type="checkbox"/>		Plexo Braquial <input type="checkbox"/>	Geral <input type="checkbox"/>	

Outros dados _____

EXAME FÍSICO

Peso (Kg) <u>78</u> 0	Temperatura (°C) <u>37</u> 0	Pressão Arterial (mmHg) <u>170 X 80</u>
Estatura (cm) <input type="checkbox"/>	Frequência Respiratória (IPM) <input type="checkbox"/>	Frequência cardíaca <u>96</u>
Broncoespasmo <input type="checkbox"/>	Sopro Cardíaco <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>
Permeabilidade Vias Aéreas <input checked="" type="checkbox"/>	Cotuna c/ Deformidades <input type="checkbox"/>	Local punção infectado <input type="checkbox"/>
Cor Corada <input type="checkbox"/>	Pálido <input type="checkbox"/>	Ictérico <input type="checkbox"/>
Paresias <input type="checkbox"/>	Paralisias <input type="checkbox"/>	Área Queimada <input type="checkbox"/>

Meses. Outros Dados Vizinhos

EXAME LABORATORIAIS

Classificação ABO e Rh <input type="checkbox"/>	Leucograma <input type="checkbox"/>	Hematócrito <input type="checkbox"/>		
ECG <input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico <input type="checkbox"/>	Rx Tórax <input type="checkbox"/>	TGO <input type="checkbox"/>	Uréia <input type="checkbox"/>
Creatinina <input type="checkbox"/>	Bilirrubinas <input type="checkbox"/>	Fosfatase Alcalina <input type="checkbox"/>	Amilase <input type="checkbox"/>	Proteínas <input type="checkbox"/>
Glicemias <input type="checkbox"/>	Ultrassonografia <input type="checkbox"/>	Tomografia <input type="checkbox"/>	Cateterismo cardíaco <input type="checkbox"/>	

Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames

Pré-Anestésico _____ Efeito Satisfatório Regular Nenhum
 Técnica Anestésica indicada Bloco sepirofenol + anestesia local regional MCT
 Outros Comentários importantes

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO _____

HORA E DATA DE SAÍDA _____

Atividade	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
s/ mov. membros	Apréia, obstrução	P. A. Varlando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Dispnéia, 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 <input type="checkbox"/>	Clanose <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Vômitos <input type="checkbox"/>	Ret. Urinária <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Arritmias <input type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/>	Dif. respiratório <input type="checkbox"/>	Sangramento <input type="checkbox"/>	Cefaléia <input type="checkbox"/>
Parada cardíaca <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>			

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria <input type="checkbox"/>	Alta Hospitalar <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>
--	--	--	------------------------------	--------------------------------

Anestesiologista _____

RESUMO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

Paciente Sameiro Mossoro Idade 24 Estado Físico 1 2 3 4 5

História D. Atual F. Hernia de Hiato Cirurgião

Cirurgia Sameiro Mossoro Anestesiologista

Anestesia Sameiro Mossoro Anestesiologista

1450-3783-10





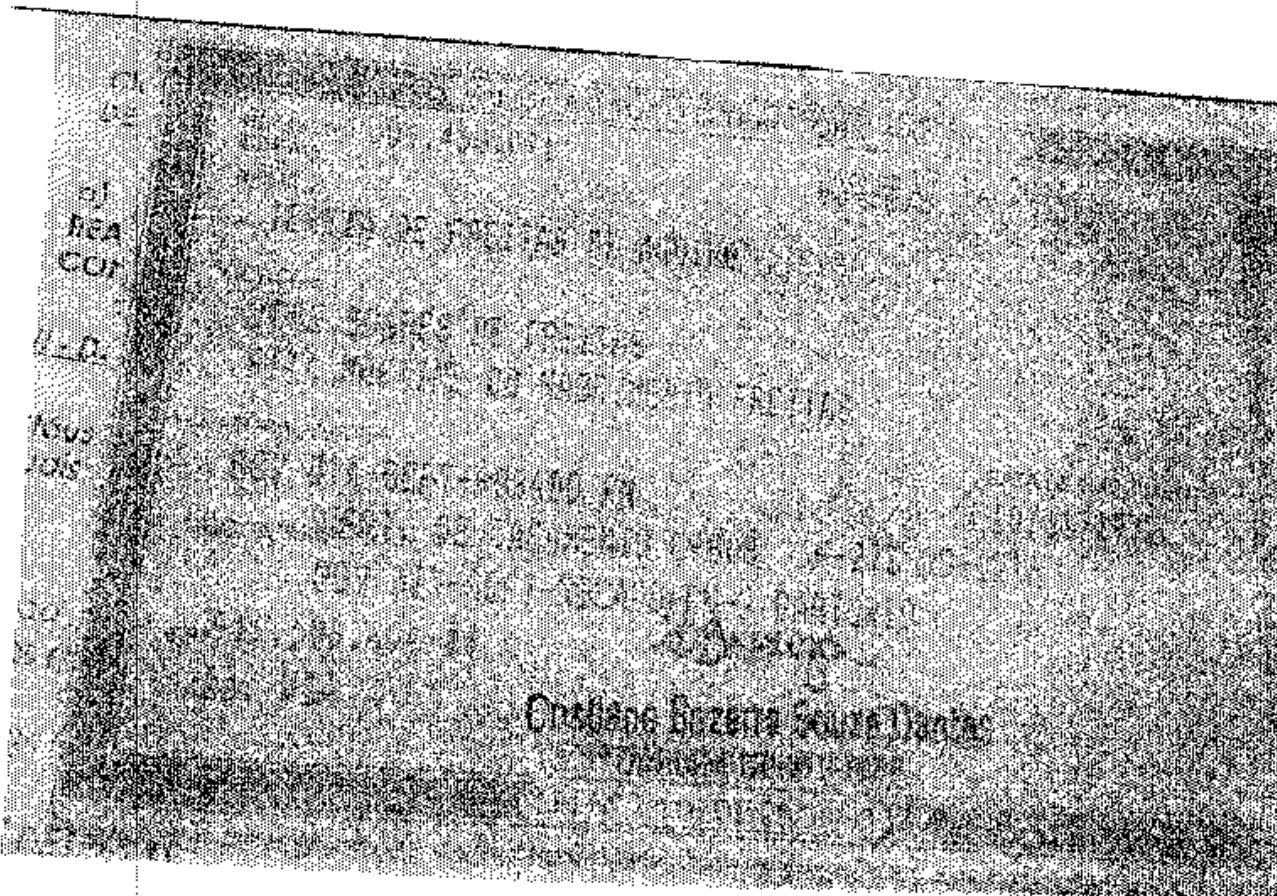
Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 23



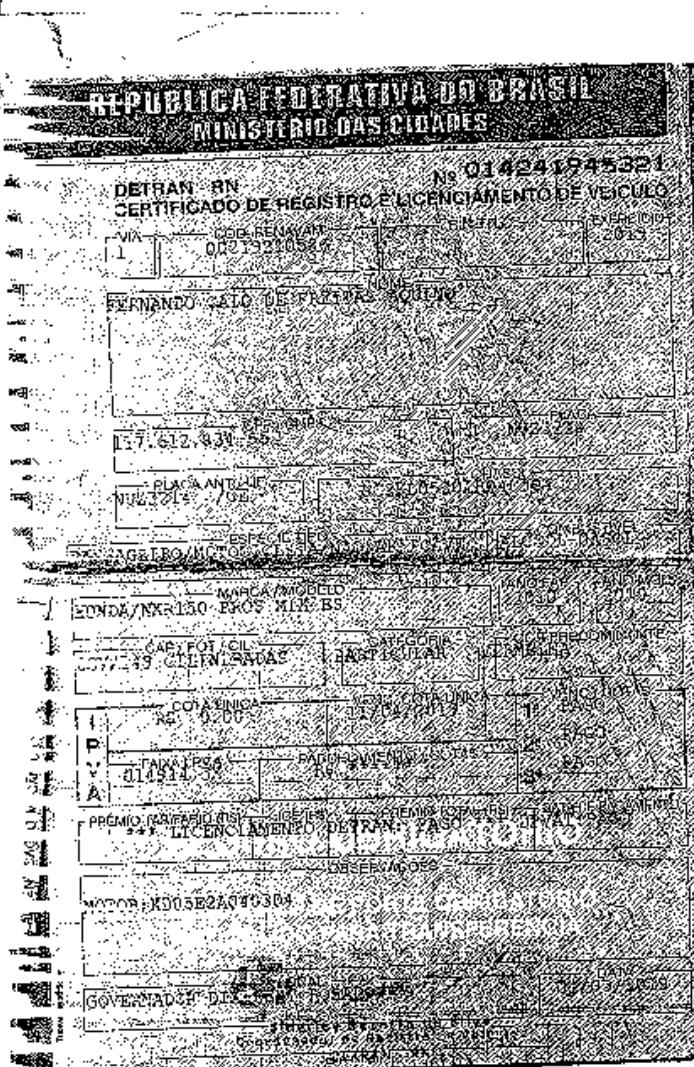
Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 25



DECLARAÇÃO

Eu Fernando Loro 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 12 952 - 9 da agencia
2084 - 2 para poder receber o beneficio da indenização do
Seguro DPVAT solicitado.

Governador Dix-Sept Rosado 15/05/2019

Cidade, Data

X Fernando Loro de Freitas Aguiar
Assinatura do titular da conta bancária





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 29

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.

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.

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: sólido Profissão: Agricultor Data do Acidente 21/01/2020
Cobertura Invalidez, Portador (a) do RG 003.372.395, Órgão Expedidor:
SSPRN, e do CPF: 617.612.834-56, residente no(a) Bairro Santana
nº 41
Bairro Zona Rural Município: Gov. Dix. Sept. Rosado / RN

OUTORGADO:

Nome: Tereza de Freitas de Aquino, brasileiro (a),
Estado Civil: Casada, Profissão: professora,
Portador (a) do RG: 1.450.991 Órgão Expedidor: SSPRN
E do CPF: 941.606.604-44, residente no(a)
Rua Projeto Brancin, 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)



RECONHEÇO, por AUTENTICIDADE (s) (firma(s)), de:

FERNANDO CAIO DE FREITAS AQUINO (117.612.834-56)

Confira em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>

Selo Digital: RN202000943830002619KMB

Governador: Dix-Sept. Rosado-RN, 21 de Janeiro de

2020 08:44

Rosana Silva de Oliveira - Procuradora Autorizada

01 Hora

Era: 283 ISS: 0,14

AA921102

Rosana Silva de Oliveira

Procuradora 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: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

TEREZA DE FREITAS DE AQUINO

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:24:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209240871200000057983047>
Número do documento: 20092209240871200000057983047

Num. 60430296 - Pág. 33