

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO REGINALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000007938-2

Nr. da Autenticação 460B4CA732690C91

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200204298 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO REGINALDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EXTENSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

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

RN Nº 014527802352 BILHETE DE SEGURO PRIVADO

RECEIVED: REVENUE DIVISION

077.937-753-53 COE SUPJ PLACA NOC9224

PLACANT / UF :
NOC 9224 / RN : 902 XC1670CH5589273
CH4 SSI

22 ARDEN RD NORTH YORK ON M3H 1T4 ALCOOL-GENIAL
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

HONGKONG 150 K M EST
 MAR 63 MODELO
 MAR 63 - ANO 15 - ANO 1400

00CV/149: CILINDRADA	CATEGORIA	SOR PRECOURNEMENTE
CASAPOT: OIL	PARTICULAR	VERBETHA

COPIA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
R\$ 0,00	25/04/2010	13

FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO: COTAS	2º	PAGO
052855 TR			

3-160

SECRET

[illegible]

BRITISH BRANCA 19/04/2019

4. 中國人民銀行 中國人民銀行總行
總行設在北京 上海 廣州 漢口 香港 澳門 台北 濟南 青島 大連 長春 哈爾濱 瀋陽 西安 蘭州 昆明 貴陽 成都 重慶 萬縣 宜昌 沙市 長沙 衡陽 桂林 柳州 南寧 昆明 貴陽 成都 重慶 萬縣 宜昌 沙市 長沙 衡陽 桂林 柳州 南寧

600-440-4400

SEGURODORA LÍDER - DOVAT

CNPJ 09.248.909/0001-94

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

www.seguridadebr.com.br

SAC DPVA 0800 022 1204

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO: 29/04/2019

[illegible]

RENAVANT
0047019546

AVC FAB -	CHUMS	HCND 1/CG
-----------	-------	-----------

2012 6

2017-18

.....

STUDY OF THE EFFECTS OF

Figure 7

OUTSIDE

100

SEGUROADORA CNPJ 09.248

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO REGINALDO DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: UNIÃO ESTÁVEL Profissão: ASG., Data do Acidente 18/02/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 2739560, órgão expedidor
____ e do CPF: 877.937.764-53 residente no(a)
ANTONIO ANDRADE SOBRINHO nº 20
bairro: NAVEGANTE, município: ARRIA BRANCA / RN.

OUTORGADO:

Nome: MARNEIRA AUGUSTA DA SILVA, brasileiro(a)
estado civil: UNIÃO ESTÁVEL Profissão: DOMESTICA, portador(a) do RG
921.807, órgão expedidor _____ e do CPF: 565.966.724-09 residente
no(a) ANTONIO ANDRADE SOBRINHO nº 20
bairro: NAVEGANTE, município: ARRIA BRANCA / 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.

Mozzoris - RN 32/03/2020

Local e Data



Antonio Reginaldo da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

Rua Joaquim Nogueira, 90 - Tibial: Grande Chaves - J. Gen. G. (84) 3332-2591

E-MAIL

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de

ANTONIO REGINALDO DA SILVA (877.937.764-53)

Confirma em: <https://sigadigital.tribuna.org.br>

SELO Digital: RN2020005141002273200

Arria Branca - RN 14 de Março de 2020 14:24

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA SILVA

Substituto: ANSUBSTITUTO / RN

adm. Empl: 233.950.004-1

CPF: 565.966.724-09

CPF: 565.966.724-09

CPF: 565.966.724-09

CPF: 565.966.724-09

CPF: 565.966.724-09

CPF: 565.966.724-09



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158860/20

Vítima: ANTONIO REGINALDO DA SILVA

CPF: 877.937.764-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO REGINALDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARINEIDE AUGUSTA DA SILVA : 565.966.774-00

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

ANTONIO REGINALDO DA SILVA : 877.937.764-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/06/2020
Nome: MARINEIDE AUGUSTA DA SILVA
CPF: 565.966.774-00

MARINEIDE AUGUSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204298

Vítima: ANTONIO REGINALDO DA SILVA

Data do Acidente: 18/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARINEIDE AUGUSTA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO REGINALDO DA SILVA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **ANTONIO REGINALDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003568**

Conta: **000007938-2**

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:

☐ DAVIS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF da vítima:

811 931 164-53

Nome completo da vítima:

Antonio Reginaldo da Silva

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

5 - Nome completo:

Antonio Reginaldo da Silva

811 931 164-53

7 - Profissão:

ASG

8 - Endereço:

Rua Antonio Andrade Sobrinho

9 - Número:

20

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

União Santa dos Navegantes

12 - Cidade:

Areia Branca

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

59655-000

15 - E-mail:

Naô lora

16 - Telefone:

(84) 99827-0066

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REQUERER INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPEANÇA (Reservado para os bancos abaixo. Anotar a única opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3568

CONTA: 7938

2

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, a soma da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reserva, a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, Lei nº 5.209/74, uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.209/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

ASSINATURAS

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo)

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

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

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 20 - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Antonio Reginaldo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/1019



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

GABINETE DO DELEGADO-GERAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA/RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 10-195/2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

Data e horário do fato: 18/02/2020, por volta das 13h40min.

Local da Ocorrência: Rua dos Calafates, centro, próximo ao sinal, Areia Branca/RN

COMUNICANTE: ANTÔNIO REGINALDO DA SILVA, RG 2739560 SSP/RN e CPF 877.937.764-53, brasileiro, união estável, natural de Areia Branca/RN, nascido em 22/04/1975, filho de Francisco Ferreira da Silva e de Maria Auxiliadora de Melo Silva, residente na Rua Antonio Andrade Sobrinho, nº 20, Nossa Sra. Dos Navegantes, Areia Branca/RN. Telefone: 084 9 9440-7299.

VITIMA: O COMUNICANTE

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: aduz o comunicante que no dia e hora acima citado, que transitava no referido local, pilotando seu veículo de marca/moдело HONDA/CG 150 FAN ESI, Renavam 00470129166, Chassi *****558673, Placa NOC9224-Areia Branca/RN, ano de fabricação 2012/2012, de cor vermelha, quando veículo tipo caminhoneta, invadiu a pista que o comunicante/vitima estava colidindo assim na parte lateral da motocicleta, que fora socorrido pela samu a qual o levou diretamente ao HTRM em Mossoró/RN. Nada mais disse.

OBS.: O comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência, sob pena de responsabilidade criminal, com vistas no art. 340 do CPB.

Areia Branca/RN, 23 de Janeiro de 2020.

Antônio Reginaldo da Silva
Comunicante

Edson Alves Lima
Polícia Civil - MAT - 190.933-9
Escritório Polícia Civil

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASL:

844 937 764-53

Nome completo da vítima:

Antonio Reginaldo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 245/2013

5 - Nome completo:

Antonio Reginaldo da Silva

844 937 764-53

7 - Profissão:

Ass

8 - Endereço:

Rua Antonio Andrade Subino

9 - Número:

20

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Uma Santa do Navegante

12 - Cidade:

Areia Branca

13 - Estado:

W

14 - CEP: 39655-000

15 - E-mail:

Não possui

16 - INSC. ESTADUAL: 844199827-0066

DADOS CADASTRAIS

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:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00
☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA (Sem voto para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3568

CONTA: 7938

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, as causas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente da vítima causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tiver filhos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se irmão(s) vivos, informar:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/mãe(s) vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legal de quem assina a petição (a rgo)

36 - CPF legal de quem assina a petição (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a rgo)

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Areia Branca - W 30/03/2018
Antonio Reginaldo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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 abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-022-12 04 / Outras regiões: 0800-022-12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12 06 | Central Ombudsman: 0800-921-91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/diario1/ELAWEB/DOCUMENTAL/ASPX?linc=2&copio=20438>

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.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. **CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF**, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.719/98.

Pelo exposto, eu

Mariacide Augusta da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

025 432 774, 61

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

Antonio Reginaldo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

877937764, 53

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Antonio Reginaldo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

877937764, 53

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Revisor

Renda:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Resposta Informar

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

Endereço:

Rua Antonio Andrade Sobrinho

Número:

20

Complemento:

Casa

Bairro:

Boa Senha dos Mergulhos

Cidade:

Aracaju

Estado:

SE

CEP:

54655-000

E-mail:

Não possui

Tel. (DDD):

(94) 99827-0066

Local e Data:

Aracaju - SE 22/03/20

Mariacide Augusta da Silva
Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 57706 - ANTONIO REGINALDO DA SILVA (44 a 9 m 26 d)

Nascimento: 22/04/1975

Natural: AREIA BRANCA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704202264788084

CPF: 87793776453

Prof:

Mãe: MARIA AUXILIADORA DE MELO SILVA

Pai: FRANCISCO FERREIRA DA SILVA

Logradouro: JOSE AGOSTINHO SOBRINHO, 20

CEP: 59655000

Bairro: NAVEGASTES

Cidade: AREIA BRANCA

Telefone: 84.986364393

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISÃO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU DE AREIA BRANCA EM PROTOCOLO

Classificação:

PESO:

18/02/2020 15:33:56

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	100/70/40								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de trauma com fratura exposta em joelho direito e laceração da região posterior da coxa direita até a região da panturrilha

Dt e Hora: 16:00h

Relatou: vítima de colisão moto-bicicleta há aproximadamente 1,5 horas. Apresenta dor e desconforto no joelho direito. Realizou infusão de 500 ml de RL no caminho. Regra com antecedentes, uso crônico de medicações e cirurgia. As artérias pedais presentes, com coloração normal e perfusão normal. B = MM + voluntariamente. SINA. SatO₂ = 98% em ar ambiente. C = estável hemodinamicamente. Edema no membro inferior direito. FC = 88 bpm. D = 66 is. Duplas isolações e hiperemia. Sem edema na região. PE = 100%. H = lesão em pele articular da jointura D de pele articular da coxa D: com exposição muscular e osso.

Diagn. Inicial: CID: S81.01X de fratura, joelho e tibia Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

1) Analógico de dor.

Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira
Cirurgião Geral e Vascular
CRM 12.334

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

CID Proc.

Data: / /20. Hr: : Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 18 de Fevereiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 12.334 - FONE 16293HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 20.02.2020

SANE ARQUIVO

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 854 /2020

Prontuário: 212082

Paciente: 57706 - ANTONIO REGINALDO DA SILVA
Cartão SUS: 704202264788084 CPF: 87793776453
Idade: 44 anos 9 meses 26 dias Sexo: M Etnia: PARDA Dt Nasc: 22/04/1975
Nome da mãe: MARIA AUXILIADORA DE MELO SILVA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome do pai: FRANCISCO FERREIRA DA SILVA
Rua/Av: JOSE AGOSTINHO SOBRINHO Nº: 20
Complemento: Bairro: NAVEGASTES
CEP: 59655000 Cidade: AREIA BRANCA
Telefone: 84 986364393 84 986364393 Unidade: OBS MASCULINA Leito: 1. 29E
Especialidade: CLINICA CIRURGICA
Responsável: ANTONIO REGINALDO DA SILVA -
Usuário: FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS

Admissão: 18/02/2020 16:51:19 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S83.7 - TRAUMATISMO DE ESTRUTURAS MÚLTIPLAS DO JOELHO
408050667 -

HISTORIA CLINICA

Vítima de acidente motorciclístico
com ferimento extenso de joelho
direito.

(D: Internamento para
tratamento cirúrgico

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM 13413 1207 13000 205 3741

MOSSORO, 18 de Fevereiro 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 Antonio Reginaldo da Silva Reg Nº 21.2082

Diagnóstico pré-operatório: Estômago perfurado por arma

Indicação terapêutica: Limpagem + Ressecamento

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador _____

1ª Auxiliar: Dr. João F. ...

2ª Auxiliar: Dr. ...

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

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 Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

② Analgesia + antiespasmódica + campo estéril

③ Limpagem abundante + abscisão de

Estômago perfurado contaminado no flanco

inferior direito. Perda de conteúdo

④ Aproximação + sutura por ruptura da

⑤ Carotídeo esquerdo

Dr. João Manoel de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 0426

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE. NOT. SOR. 28.11.2010
F. Leandir P. ...
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANTONIO REGINALDO DA SILVA** (Fia: 854/2020), CPF:87793776453.

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, 18 de Fevereiro de 2020.

Antonio Reginaldo da Silva

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 28.10.2020

J. Kennedy S. Pereira
SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0

24.20.82

28/02/2020

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

NOME: ANTONIO REGINALDO DA SILVA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIAS: CC
DATA DA ADMISSÃO: 18/02/2020

44 ANOS
Leito: 217-2
AREIA BRANCA - RN CÓDIGO: 57706

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 0	09ª DIH: LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM MID (DESLUVAMENTO LATERAL) + 03ª DPO: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO (DM27) QP: SEM QUEIXAS EF: REG, CDTE, EUPNEICO, HIPOCDRADA +/4+ E AFEBRIL ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, SNF AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABD: ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ MID: NEUROVASCULAR PRESERVADO, CURATIVO. LM, PO, EDEMA 2+/4+. PULSO PEDIOSO +, PULSO POPLITEO + SITUAÇÃO: PACIENTE EM REGIME DE ANTIBIOTICOTERAPIA LABORATORIO (19/02/2020): HB: 8,80 HT: 26,00 LEUCO: 13 900 (83% SEGMENTADOS) PLAQ: 246 000 GLUC: 193 UR: 30 CREAT: 0,9 LABORATÓRIO (27/02/20): HB: 7,30 HT: 22,0 LEUCO: 5700 PT: 560000 CD: INICIO IMIPENEM DEVIDO A FALTA DE MEROPENEM NO HOSPITAL SOLICITO HB/HT/ GLICEMIA VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA: VO PARA DM2 LAXATIVA	
2	SF 0,9% - 1 500 ML - 24H	
3 D1	IMIPENEM 01G + 100ML SF 0,9% EV 6/6H	
4 D5	VANCOMICINA 1G + 100 ML SF 0,9% - EV LENTO 12/12H	
5	DIPIRONA 500MG/ML - 2 ML + 8 ML ABD - EV 6/6H SN	
6	TRAMAL 50MG - 01 COMP VO 8/8H - SE DOR	
7	OMEPRAZOL 40 MG - 01 COMP VO PELA MANHA	
8	CLEXANE 40 MG - SC 1X/DIA	
9	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	
10	GLICOSE 50% - 4 AMP SE HGT < 70	
11	SULFATO FERROSO 40 MG - 02 COMP VO + 1 PASTILHA VIT C 500 MG	
12	DISSOLVIDA EM AGUA 8/8H (COM A FAMÍLIA)	
13	VIGIAR VITALIDADE DO MEMBRO, CHECAR PULSO PEDIOSO 4/4 HORAS	
14	FISIOTERAPIA MOTORA	
15	CURATIVO DIÁRIO - 2X/DIA	
	CCGG + SSVV	

SVO MG/DIG

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 28/02/2020

[Assinatura]
SANE / ARQUIVO

mat - 150-343-0

[Assinatura]
Diogo P. Lima



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Antônio Reginaldo da Silva N° do Pront.: MTD 6742
Cirurgia: fratura porosa de substância da tíbia Data: 18.02.200
Cirurgião: Leandro Auxiliar: Guilherme / João Instrumentadora: -
Anestesista: Dr. Gelson Anestesia: Raque
Início da Cirurgia: 18:30 h Término: 20:20

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	45 unidades
* GASES	200 unidades
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	03 unid
* LUVAS 7.5 00 00	8 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	02 unid
* SERINGAS DE 10 ML	02 "
* SERINGAS DE 20 ML	02 "
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 21 20 gauge	25 02 unid
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	1 unidade
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	2 unid
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	1 unid. 4 unidades
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 2.0 0.1	10 unidades
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	sem
* USO DE OXIGÊNIO	sem
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI-DEGERMANTE 0.050%	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	100 ml
* SOLUÇÃO DE ETHER al. coral	40 ml
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	3 Cal. pl. limpa a pele.
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL 20% 500 ml	05 unid
* XILOCAINA A 2%	
* ABD unid. de anestesia	08 pares
* ABD unid. de anestesia	04 unid

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **57706 ANTONIO REGINALDO DA SILVA**

Prontuário:

CNS: 704202264788084

Nascimento: 22/04/1975

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA AUXILIADORA DE MELO SILVA

Paí: FRANCISCO FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOSE AGOSTINHO SOBRINHO, 20 - NAVEGASTES - AREIA BRANCA

Fone: 986364393 /

Município: AREIA BRANCA

Código Municipal IBGE:

240110 UF: RN

CEP: 59655-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 269 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

acidente motociclistico, com grave lesao de partes moles em perna direita
apresenta parestesia em perna e pe dir
lesao fibular?

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

as acima citadas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

radiografia sem feratura aparentes

Diagnostico e Procedimento Inicial:

S83.7 TRAUMATISMO DE ESTRUTURAS MULTIPLAS DO JOELHO*408050667. TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA

Profissional Solicitante / Assitente:

KEILERTE RENES GURGEL PAIVA

CRM: 6766 / RN

Data da Solicitação 18/02/2020

PREENCHER CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

mat. 150-343-0