

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: 00000007938-2

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 EXTEÑO 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: MARINA DE AGOSTA DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: UNIÃO ESTAVEL, Profissão: DOMESTICA, portador(a) do RG
921.809, órgão expedidor e do CPF: 565.966.774-00, residente
no(a) ANTONIO ANDRADE SOBRINHO, nº 20,
bairro: NAVIGANTE, município: ARRAIA 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.

Mostrou -me 32/03/2020

Local e Data

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

Rua Joaquim Nogueira, 80 - TITULAR: Gracida Chaves de Souza Cont.: (84)3322-2591
E-MAIL:

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

ANTONIO REGINALDO DA SILVA (877.937.764-53)

Confira em: <https://selodigital.rn.gov.br>

Selo Digital: RN20200005141000247200

Arraia Branca/RN 11 de março de 2020 - 11:41:37,00

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA SILVA

Assinatura: Maria da Conceição de Souza Silva

E-mail: admin_email_243@escon0344.rn.gov.br

CPF: 639.727.691-04

Confira em: <https://selodigital.rn.gov.br>

Selo Digital: RN20200005141000247200

Arraia Branca/RN 11 de março de 2020 - 11:41:37,00

Maria da Conceição de Souza Silva

Assinatura: Maria da Conceição de Souza Silva

E-mail: admin_email_243@escon0344.rn.gov.br

CPF: 639.727.691-04

Assinatura: Maria da Conceição de Souza Silva

E-mail: admin_email_243@escon0344.rn.gov.br

CPF: 639.727.691-04

Assinatura: Maria da Conceição de Souza Silva

E-mail: admin_email_243@escon0344.rn.gov.br

CPF: 639.727.691-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158860/20

Vítima: ANTONIO REGINALDO DA SILVA

CPF: 877.937.764-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO REGINALDO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARINEIDE AUGUSTA DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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, 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, 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.

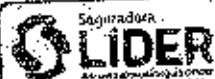
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do seu ou ASL: **871937164-53** 3 - CPF da vítima: **871937164-53** 4 - Nome completo da vítima: **Antônio Reginaldo da Silva**

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

5 - Nome completo: **Antônio Reginaldo da Silva** 6 - Número: **20** 7 - Profissão: **AS6** 8 - Endereço: **Rua Antônio Andrade Sobrinho** 9 - Número: **20** 10 - Complemento: **02**

11 - Bairro: **Morada Santa das Navegantes** 12 - Cidade: **Atibaia** 13 - Estado: **SP** 14 - CEP: **15965-000** 15 - Tel. (DDD): **(184) 99827-0066**

16 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$ 0,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIPAÇÃ (Poupança nos bancos abaixo, Adicione uma opção)
 Bradesco (287) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (Itaú ou Bradesco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3568**

CONTA: **7938**

(Informar digito de endin)

(Informar digito de endin)

Informar o digito de endin Informar o digito de endin

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 6.394/74), uma vez que:

- Não há 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 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 prorrogamento 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 preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para varificação da agressão e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.394/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 se vivos: Sim Não 30 - Vítima teve filhos falecidos? Sim Não 31 - Vítima teve filhos falecidos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: 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 bens ou beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando entre; ainda, de que qualquer omissão ou declaração inverdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Local e Data: **Monte Alegre - SP 30/03/2020**

35 - Nome legível de quem assina a petição (a foto): **Antônio Reginaldo da Silva**

36 - CPF legível de quem assina a petição (a foto):

37 - Assinatura de quem assina a petição (a foto):

38 - Local e Data: **Monte Alegre - SP 30/03/2020**

39 - Nome legível de quem assina a petição (a foto):

40 - CPF legível de quem assina a petição (a foto):

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Antônio Reginaldo da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Advogado (se houver):

45 - Assinatura do Testemunha (se houver):

46 - Assinatura do Testemunha (se houver):

47 - Assinatura do Testemunha (se houver):

48 - Assinatura do Testemunha (se houver):

49 - Assinatura do Testemunha (se houver):

50 - Assinatura do Testemunha (se houver):

51 - Assinatura do Testemunha (se houver):

52 - Assinatura do Testemunha (se houver):

53 - Assinatura do Testemunha (se houver):

54 - Assinatura do Testemunha (se houver):

55 - Assinatura do Testemunha (se houver):

56 - Assinatura do Testemunha (se houver):

57 - Assinatura do Testemunha (se houver):

58 - Assinatura do Testemunha (se houver):

59 - Assinatura do Testemunha (se houver):

60 - Assinatura do Testemunha (se houver):

61 - Assinatura do Testemunha (se houver):

62 - Assinatura do Testemunha (se houver):

63 - Assinatura do Testemunha (se houver):

64 - Assinatura do Testemunha (se houver):

65 - Assinatura do Testemunha (se houver):

66 - Assinatura do Testemunha (se houver):

67 - Assinatura do Testemunha (se houver):

68 - Assinatura do Testemunha (se houver):

69 - Assinatura do Testemunha (se houver):

70 - Assinatura do Testemunha (se houver):

71 - Assinatura do Testemunha (se houver):

72 - Assinatura do Testemunha (se houver):

73 - Assinatura do Testemunha (se houver):

74 - Assinatura do Testemunha (se houver):

75 - Assinatura do Testemunha (se houver):

76 - Assinatura do Testemunha (se houver):

77 - Assinatura do Testemunha (se houver):

78 - Assinatura do Testemunha (se houver):

79 - Assinatura do Testemunha (se houver):

80 - Assinatura do Testemunha (se houver):

81 - Assinatura do Testemunha (se houver):

82 - Assinatura do Testemunha (se houver):

83 - Assinatura do Testemunha (se houver):

84 - Assinatura do Testemunha (se houver):

85 - Assinatura do Testemunha (se houver):

86 - Assinatura do Testemunha (se houver):

87 - Assinatura do Testemunha (se houver):

88 - Assinatura do Testemunha (se houver):

89 - Assinatura do Testemunha (se houver):

90 - Assinatura do Testemunha (se houver):

91 - Assinatura do Testemunha (se houver):

92 - Assinatura do Testemunha (se houver):

93 - Assinatura do Testemunha (se houver):

94 - Assinatura do Testemunha (se houver):

95 - Assinatura do Testemunha (se houver):

96 - Assinatura do Testemunha (se houver):

97 - Assinatura do Testemunha (se houver):

98 - Assinatura do Testemunha (se houver):

99 - Assinatura do Testemunha (se houver):

100 - Assinatura do Testemunha (se houver):

101 - Assinatura do Testemunha (se houver):

102 - Assinatura do Testemunha (se houver):

103 - Assinatura do Testemunha (se houver):

104 - Assinatura do Testemunha (se houver):

105 - Assinatura do Testemunha (se houver):

106 - Assinatura do Testemunha (se houver):

107 - Assinatura do Testemunha (se houver):

108 - Assinatura do Testemunha (se houver):

109 - Assinatura do Testemunha (se houver):

110 - Assinatura do Testemunha (se houver):

111 - Assinatura do Testemunha (se houver):

112 - Assinatura do Testemunha (se houver):

113 - Assinatura do Testemunha (se houver):

114 - Assinatura do Testemunha (se houver):

115 - Assinatura do Testemunha (se houver):

116 - Assinatura do Testemunha (se houver):

117 - Assinatura do Testemunha (se houver):

118 - Assinatura do Testemunha (se houver):

119 - Assinatura do Testemunha (se houver):

120 - Assinatura do Testemunha (se houver):

121 - Assinatura do Testemunha (se houver):

122 - Assinatura do Testemunha (se houver):

123 - Assinatura do Testemunha (se houver):

124 - Assinatura do Testemunha (se houver):

125 - Assinatura do Testemunha (se houver):

126 - Assinatura do Testemunha (se houver):

127 - Assinatura do Testemunha (se houver):

128 - Assinatura do Testemunha (se houver):

129 - Assinatura do Testemunha (se houver):

130 - Assinatura do Testemunha (se houver):

131 - Assinatura do Testemunha (se houver):

132 - Assinatura do Testemunha (se houver):

133 - Assinatura do Testemunha (se houver):

134 - Assinatura do Testemunha (se houver):

135 - Assinatura do Testemunha (se houver):

136 - Assinatura do Testemunha (se houver):

137 - Assinatura do Testemunha (se houver):

138 - Assinatura do Testemunha (se houver):

139 - Assinatura do Testemunha (se houver):

140 - Assinatura do Testemunha (se houver):

141 - Assinatura do Testemunha (se houver):

142 - Assinatura do Testemunha (se houver):

143 - Assinatura do Testemunha (se houver):

144 - Assinatura do Testemunha (se houver):

145 - Assinatura do Testemunha (se houver):

146 - Assinatura do Testemunha (se houver):

147 - Assinatura do Testemunha (se houver):

148 - Assinatura do Testemunha (se houver):

149 - Assinatura do Testemunha (se houver):

150 - Assinatura do Testemunha (se houver):

151 - Assinatura do Testemunha (se houver):

152 - Assinatura do Testemunha (se houver):

153 - Assinatura do Testemunha (se houver):

154 - Assinatura do Testemunha (se houver):

155 - Assinatura do Testemunha (se houver):

156 - Assinatura do Testemunha (se houver):

157 - Assinatura do Testemunha (se houver):

158 - Assinatura do Testemunha (se houver):

159 - Assinatura do Testemunha (se houver):

160 - Assinatura do Testemunha (se houver):

161 - Assinatura do Testemunha (se houver):

162 - Assinatura do Testemunha (se houver):

163 - Assinatura do Testemunha (se houver):

164 - Assinatura do Testemunha (se houver):

165 - Assinatura do Testemunha (se houver):

166 - Assinatura do Testemunha (se houver):

167 - Assinatura do Testemunha (se houver):

168 - Assinatura do Testemunha (se houver):

169 - Assinatura do Testemunha (se houver):

170 - Assinatura do Testemunha (se houver):

171 - Assinatura do Testemunha (se houver):

172 - Assinatura do Testemunha (se houver):

173 - Assinatura do Testemunha (se houver):

174 - Assinatura do Testemunha (se houver):

175 - Assinatura do Testemunha (se houver):

176 - Assinatura do Testemunha (se houver):

177 - Assinatura do Testemunha (se houver):

178 - Assinatura do Testemunha (se houver):

179 - Assinatura do Testemunha (se houver):

180 - Assinatura do Testemunha (se houver):

181 - Assinatura do Testemunha (se houver):

182 - Assinatura do Testemunha (se houver):

183 - Assinatura do Testemunha (se houver):

184 - Assinatura do Testemunha (se houver):

185 - Assinatura do Testemunha (se houver):

186 - Assinatura do Testemunha (se houver):

187 - Assinatura do Testemunha (se houver):



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 10-195/2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

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 Naveantes, 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/modelo 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/vítima 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

Edilson Alves Lima
Delegado de Areia Branca/RN
130.933-9
Escrivão Policia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do exame do ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
841 931 764-53 Antonio Reginaldo da Silva			

5 - REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 145/2012

5 - Nome completo:	6 - N° do RG:	7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Antonio Reginaldo da Silva	841 931 764-53	ASG	Rua Antonio Andrade Subirana	100	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Telefone:	16 - Celular:
Vila Serraria dos Navegantes	Areia Branca	PE	59655-000	(84) 199827-0066	
17 - E-mail:					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00	<input type="checkbox"/> R\$2,000,00 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/TUTÓR)
-----------------------	---	---

CONTA PÓDIBANCA (serviço para os bancos da Xp. Ainda não é uma opção)

Bradesco (237) Itaú (343)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3568 CONTA: 7938 2
(Informar o dígito da conta) (Informar o dígito da agência)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito da agência) (Informar o dígito da conta)

Autodeclaro à Seguradora Lider a credibilidade da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendovidamente, desde já e somente, após a efetivação do crédito, suaização total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
--

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 e apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, à custa da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente na circunstância que tiver sido praticado pelo veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa privá-la de direito de contestar a avaliação médica ou residir no direito de contestar a avaliação médica, caso dispenda de seu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tiver filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tiver irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vôos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem, e provarem, em condições, estando dentro, 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.

34 - _____	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 19 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha
40 - Local e Data: 10/01/16	38 - 19 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha			
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	39 - 29 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura do testemunha			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (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):

Capital e regiões metropolitanas: 0800-15956 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-21-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central de Ouvidoria: 0800-921-91-95

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://W4WZ.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCCONVINAL.ASPX?ID=2&CPTIC=2&SUSEP=1>

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 fonte 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, pode determinar a referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao EDAP.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELÔ CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 2. CONSELHO DE CONTROLE DE AGENCIAS FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES INCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Marieneide Augusto da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 025 732 774, 63, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário

Antônio Reginaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 877 937 764, 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Antônio Reginaldo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o N° 877 937 764, 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Neurov Renda: Reais por e apresento os documentos comprobatórios:

Requisito Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei é 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.

Enderéscio:	<u>Rua Antônio Andrade Sobrinho</u>	Número:	<u>20</u>	Complemento:	<u>Caro</u>
Bairros:	<u>Vila Sertão dos Negros</u>	Cidade:	<u>Aracaju</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>Não Posui</u>				Tel. (DDP): <u>(99) 99827-0066</u>

Local e Data:

Manaus - AM 22/03/20

Marieneide Augusto da Silva
Assinatura do Declarante

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 N°:20
Complemento: Bairro: NAVEGASTES
CEP: 59655000 Cidade: AREIA BRANCA
Telefone: 84 986364393 84 986364393 Especialidade: CLINICA CIRURGICA
Responsável: ANTONIO REGINALDO DA SILVA - Unidade: OBS MASCULINA Leito: 1.29E
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 MULTIPLAS DO JOELHO
408050667 -

HISTÓRIA CLÍNICA

Victime de escondete noto o bateu
com ferimento extenso da joelho
direito.

(D: Internamento para
tratamento cirúrgico)

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Josho
CRM/PE 7749 TEL: 1598 2053741

MOSSORÓ, 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 Antônio Reginaldo da Silva Reg. N° 21.2082

Diagnóstico pré-operatório: Estôico fístula poço O

Indicação terapêutica: Limpore + Destr. de nód.

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador _____

1º Auxiliar: Dr. José Firmino

2º Auxiliar: Dr. Léo-Neto

3º 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 Povidone em decúbito dorsal sob anestesia

② Dilat. + eletrofisio + campo estéril

③ Limpore abdômen + abdômen reto de

Entorso ferendo fisionomizado no Abdômen
Inferior direita. Período de fôrco

④ Apres. curativo + curva pol. evan. Dr. A

⑤ Curativo fechado

DR. JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 6426

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU NOSSO RIO 21.208200

T. Leônidas Júnior
SAMU ARQUIVO
mat. 160.343-0

Prontuário: 212082



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.

Antônio Reginaldo da Silva

Paciente ou responsável

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

J. Kennedy S. P. P. da C.
SAME / ARQUIVO
mat. 150.343-0

21.20.82

28/02/2020

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

NOME: ANTONIO REGINALDO DA SILVA 44 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIAS: CC
DATA DA ADMISSÃO: 18/02/2020
Lado: 217-2
AREIA BRANCA - RN CÓDIGO: 57706
EVOLUÇÃO

DATA	09º DIH: LESÃO EXTENSA DE PARTEIS MOLES EM MID (DESLUVAMENTO LATERAL) + 03º DPO: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO (DM2)
Nº fraturas:	0
QP:	SEM QUEIXAS
EF:	BEG, CDT, EUPNEICO, HIPOCORDADA +/4+ E AFEBRIL
ACV:	RCR, 2T, SEM SOPRO, BNP
AR:	MV: EM AMBOS HEMITORAX. SRA.
ABD:	ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO. RHA+
MID:	NEUROVASCULAR PRESERVADO, CURATIVO LIMPO, 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) PLAQU: 246 000 GLIC: 193 UR: 30 CREAT: 0,9 LABORATÓRIO (27/02/20): HB: 7,30 HT: 22,0 LEUCO: 6700 PT: 560000
CD:	INICIO IMIPENEM DEVIDO A FALTA DE MEROPENEM NO HOSPITAL
SOLICITO:	HB/HT - GLICEMIA
VPM:	

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VD PARA DM2 LAXATIVA	
2	SF 0,9% - 1500 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 VD 8/8H - SE DOR	
7	OMEPRAZOL 40 MG - 01 COMP VD 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 VD + 1 PASTILHA VIT C 500 MG DISSOLVIDA EM AGUA 8/8H (COM A FAMILIA)	
12	VIGIAR VITALIDADE DO MEMBRO, CHECAR PULSO PEDIOSO 4/4 HORAS	
13	FIOSITERAPIA MOTORA	
14	CURATIVO DIARIO - 2X/DIA	
15	OGG + SSVV	

AVO MG/MS

Time
Dose

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMEM/OSORÓ 28/02/2020
+ - Laranha P. FAVIN
SAMEM/ARQUIVO
MAT - 150-343-0



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

DEBTO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Antônio Reginaldo da ^{silva} N° do Pront: ^{Nº 101676}
Cirurgia: ~~excisão~~ ^{excisão} Pedaço de substância de ^{extirpação} Data: 18.02.2002
Cirurgião: ^{luis nobre} Auxiliar: ^{Gurgel / 300} Instrumentadora: ¹⁵
Anestesista: Dr. ^{Edison} Anestesia: ^{Rague}
Início da Cirurgia: 16:30 h Término: 20:20

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	45 lençóis
* GASES	200 lençóis
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	23 unid
* LUVAS	8 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	02 unid
* SERINGAS DE 05 ML	02 "
* SERINGAS DE 10 ML	02 "
* SERINGAS DE 20 ML	02 "
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	25 00 g
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	25 00 g
* SONDA TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	1 lençol
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	2 lençol
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	1 lençol 4 lençol
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	100 Unidades
* MONONYLON	50 m
* OUTROS FIOS	50 m
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TOPICO	40 ml
* SOLUÇÃO DE ETER	3 col. pt limpar a pele
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANTOL	0,5 unid
* XILOCAINA A 2%	0,8 pares
* ABD	0,4 mts de medicina
	0,4 mts

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**

21.20.82

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **57706 ANTONIO REGINALDO DA SILVA**

Prontuário:

CNS: 704202264788084

Nascimento: 22/04/1975

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA AUXILIADORA DE MELO SILVA

Pai: 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

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 269 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

as acimas citadas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

radiografia sem feratura aparentes

Diagnóstico 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 SE CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: CNS CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 21/02/2020

Leandro J. P. Paiva
 SAME ARQUIVO

MOT - 150-343-0