
Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122768

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122768

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004884

Conta: 00000788-9

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:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

024.552.004-80 Gilvânia de Souza Silva Alves

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA.

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.800,00

☐ 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 POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (tribos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4884

CONTA: 488

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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 tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vi nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró/RN 28/11/19

Gilvânia de Souza Silva Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

6277 8011 7541 3131

GILVANIA SOUZA S ALVES

4884 013 00000788-9 05/21

elo



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Guamaré

Endereço: RN 221, S/N, Conjunto Vila Maria, GUAMARÉ, FONE/FAX: 84 9 94667390

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019232000306

1.2 Data de Expedição: 11/11/2019 10:06:33

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/10/2019 19:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: AV. JOÃO PEDRO FILHO

2.8 Número: S/N

2.9 CEP: 58.598-300

2.10 Complemento:

2.11 Pontos de Referência: POUSADA GUARÉSMA

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: GUAMARÉ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: RAIMUNDO ALVES DA SILVA

3.5 Estado: Sem Informação

3.6 Mãe: TERESINHA VIEIRA DE MELO DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.9 CPF: 91302900404

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data do Nascimento: 08/05/1973

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.14 RG: 001384551 - ITP/RN

3.15 Telefone(s):

3.15 Passaporte:

3.17 Número: 11

3.18 Naturalidade: GUAMARÉ RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA 7 DE MAIO

3.23 Cidade: GUAMARÉ

3.24 CEP: 58598000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

4.1.2 Estado civil:

4.1.3 Nome Social:

4.1.4 Pai: LIDIO MIGUEL DA SILVA

4.1.5 Mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.8 Nome:

4.1.9 Sexo: FEMENINO

4.1.10 Data de Nascimento: 04/02/1979

4.1.11 CPF: 02755200480

4.1.12 RG: 002018704

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.14 Profissão: DO LAR

4.1.15 Logradouro: RUA 07 DE MAIO

4.1.16 Passaporte:

4.1.17 Número: 11

4.1.18 E-mail:

4.1.19 Bairro: CENTRO

4.1.20 CEP: 58598000

4.1.21 Estado:

4.1.21 Cidade:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESSA DELEGACIA QUE NO DIA E HORA CITADO NESSE B.O ENCONTRAVA-SE COM SUA ESPOSA, indo em SALINA DA CRUZ EM SUA MOTO QUANDO ATRAVESSOU UM JUMENTO CORRENDO NO MEIO DA RUA E BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA. O COMUNICANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO, JA SUA ESPOSA QUEBROU O JOELHO EM TRÊS CANTOS, O MESMO VIRIA EM SUA MOTO CG 125 FAN DE COR PRETA E PLACA NOA 4445, ANO 2011.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

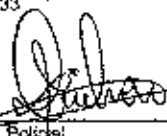
FEITO B.O

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

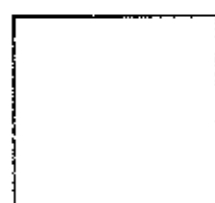
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 11/11/2019 10:06:33


Declarante


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1650416 - ALAN KARDEC LINHARES

Impresso por: 1650416 - ALAN KARDEC LINHARES em 11/11/2019 10:00:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Boas Naturais

Ministerio de
Estado de

[illegible]

do livro n.º E-04

de registro de casamentos

CERTIFICO que as fls. ... do livro n.º ... de registo
foi lançado hoje o assento do matrimônio de JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA e
MARGARETA DE SOUZA SILVA. X-X

contratado perante o Dr. João André de Brito Chaves . x-x-x-x-x-x-x-x-x-x
e as testemunhas as constantes do respectivo termo. x-x-x-x-x-x-x-x-x-x

No. nacido en Guaymas - RM X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

[illegible][illegible]

domiciliado e residente Vicente de Melo da Silva

e de dona Teresinha Viçosa de ~~XXXXX~~
domiciliada e residente ~~XXXXX~~

Ela, nascida em Macau-RN. x-x
nos de fevereiro de 1.979 profissão do lar

domiciliada e residente em Guararé-MS.

filha de Lúcio Miguel da Silva X-X
X-X

~~domiciliado~~ e residente
Judite Maria de Souza
~~e de dona.~~

DECLARADA E RESIDENTE SILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES. X-X-X-X

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180, ns. I a V
do Código Civil.

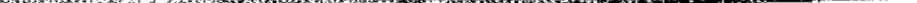
de Cód. Civil.

OBSERVAÇÕES Casamento realizado neste Cartório, sob o regime de

Observações:
 Descrição de Bens: (1ª via).....

SECRET

de 199



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.552.004-80 4 - Nome completo da vítima: GILSONIA DE SOUZA SILVA ALVES

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

5 - Nome completo: GILSONIA DE SOUZA SILVA ALVES 6 - CPF: 027.552.004-80
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Sete de Maio 9 - Número: 11 10 - Complemento: Lado
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Guomari 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59598-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99824.0066

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4884 CONTA: 488

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação 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 me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima 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: 30 - Vítima deixou nascituro (ou recém-nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mamonas/RN 28/11/2019

GILSONIA DE SOUZA SILVA ALVES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04884

CONTA: 000000000788-9

Nr. da Autenticação 07F330DFA38867E6

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MÉRMOZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0494

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones Fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE! JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 14/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/11/2019	CONTA CONTRATO 0648990014
	TOTAL A PAGAR R\$ 67,24	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/11/2019	
ENDEREÇO RUA SETE DE MAIO 11 SN - CENTRO/AREA URBANA -59598-000 GUAMARE RN -		NÚMERO DA NOTA FISCAL 032698943	

PERÍODO CONSUMO 08/10/2019 a 07/11/2019	CONSUMO 85
--	---------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,60

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 0648990014	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 67,24	VENCIMENTO 14/11/2019	FALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
B38800000003 672400394006 648990014200 014718479335 				

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MÉRMOZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0494

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones Fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE! JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 14/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/11/2019	CONTA CONTRATO 0648990014
	TOTAL A PAGAR R\$ 67,24	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/11/2019	
ENDEREÇO RUA SETE DE MAIO 11 SN - CENTRO/AREA URBANA -59598-000 GUAMARE RN -		NÚMERO DA NOTA FISCAL 032698943	

PERÍODO CONSUMO 08/10/2019 a 07/11/2019	CONSUMO 85
--	---------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,60

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 0648990014	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 67,24	VENCIMENTO 14/11/2019	FALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
B38800000003 672400394006 648990014200 014718479335				
				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1556 / Outras regiões: 0800 022 11 04
SAC (para reclamações 4 sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para defeitos auditivos e de fala): 0800 022 17 06 | Central Denúncia: 0800 021 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=19536>

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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIQUOTA, 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

José Vieira Alves da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ

933 029 004, 04

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

Gilvania de Souza S. Alves

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027 552 004 80

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Gilvania de Souza S. Alves

inscrito (a) no CPF sob o Nº

027 552 004, 80

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Procurador

Renda:

Recebo

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Líder-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 Sete de Maio

Número:

33

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Guamaré

Estado:

RN

CEP:

59.598-000

E-mail:

Não Possui

Telefone:

(84) 99827-0066

Local e Data:

Monção-RN 28/11/19

José Vieira Alves da Silva

Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54433 /2019

Admissão: 19/10/2019 23:37:35

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES (40 a 8 m 15 d)

Nascimento: 04/02/1979 Natural: MACAU, BRASIL

CNS: 703404283337310

CPF: 02755200480

Prof:

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Pai:

Logradouro: SETE DE MAIO, 11

CEP: 59598000

Bairro: CENTRO

Cidade: GUAMARE

Telefone: 84 98443608

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 19/10/2019 23:32:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto animal com vítima fratura em joelho

Hora:

*Acidente de moto
Perda de consciência*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A *Visão normal, pupilas simétricas*
- B *Boa pele*
- C *Pulso cheio 88*
- D *Glascow 15*
- E *Arterial normal; dor em M.D*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Tomografia HM REG
20.10.19 00:05
TSC
A. K. M.
C. M. D.*

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

Ortopedia
Vulnus do fêmur do Membro Superior
com dor em joelho D.

EXAME FÍSICO

Edema ++/++ Membro Superior D. Membro Superior não
em joelho e braço D. naturalmente
Edema Intenso

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Fratura do Plátio lateral D

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*At: Sintomas p/ fratura lateral
curvas via N.R.*

TAXA SINGULO - PODALICA

Volução da Variação (Sint. Compartmental?)

OB: Membro Superior e Membro Inferior (Pierce do Sint.)

Dr. Judson Azevedo
Ortopedista
CRM 8892 - RQE 2973

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Atentar p/ Sint. do Compartmental
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

IDA:

DATA: / /

HORA:

ção Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

fregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Judson Azevedo
Ortopedista
CRM 8892 - RQE 2973

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

IDA:

DATA: / /

HORA:

ção Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) *Neg*

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) *HIST DM*

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

*Rx de joelho/perna/
tornozelo D*

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Quilolima
4/1/49**Alta de emergência
Quilolima
07/11/49*

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCK

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

ortopedias-

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

Cirurgia Vascular

HORA:

01:00

DATA:

20/10/19

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVOLTA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNÈSE

Queda de modo hd cerca de Ghoss.
Sem capote. Nessa circunf. a
tubo bolizagto em mto.
fo 20. O 16p, sem depinto, enveread

EXAME FÍSICO

And yet

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Col: TC. admo: Sem. attached
Overnight; After do not

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Adises Felipe
Neurocirurgia
CAM 7579-BAI

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

20/10/19 # VAS Sturley #
pg. 35

Pentru a lua de la
schimbare pe o per caldura
mai buna.
Ea nu are plată fiscală
pe care s-o da persoanelor
care nu au venit
pe la T. Nu se poate
peștigat. Este un
sa capătul noilor
devenit venitură (peștigat
nașterea), nu are
a posibilitate de
si potenta sa capătul
de deveni oștigat (peștigat
oștigat).

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ATIVIDADE TEÓRICA

[illegible]

ESCALA DE TRIAGEM DO TRATAMENTO RESPIRATÓRIO		
DISCRIMINADOR	PORTADAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	11-15	+4
	10-12	+3
	9-10	+2
	8-9	+1
	7-8	+0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	11-20	+4
	20-30	+3
	1-10	+2
	1-10	+1
	30	+0
PRESSÃO ARTERIAL BRITÓICA	70-90	+3
	90-110	+2
	120	+1
	120	+0
	80	+0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE,^d
(ATLS 2004)^e

E2 - Órgãos (gravidade de lesão da medula):
06-3a mediana;
14-18 leve

17

Reichstein TEASDALE G. RINNEY E.
Assessment of motor and linguistic
coordination. A physical scales. London
1974:261-81.

A escala proposta aplica-se a crianças com idade a partir de 3 anos. Marcação de 0 a 14 indica-se um estado sem alterações e 15-18 indica-se um estado com alterações leves.

SEM COR	LEVE	Moderado	Intenso
0	1	2	3



FEITURA DE
AMARÉ
LARANJEIRA DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MANOEL LUCAS DE MIRANDA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

PACIENTE	GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES		
DATA DE ENTRADA	19/10/2019	HORA	19:31 N° BAA 302678
IDADE	40	SEXO	F
CARTÃO SUS	703404283337310	ETNIA	Pardo
		ESTADO CIVIL	Casado(a)
CPF	027.552.004-80	RG	002018704 - SSP
NOME DA MÃE	JUDITE MARIA DE SOUZA		
NOME DO PAI	LIDIO MIGUEL DA SILVA		
NASCIMENTO	04/02/1979	NATURALIDADE	Macau-RN
TELEFONE	(84) 9689-1312	PROFISSÃO	ASG
RUA/AV.	RUA SETE DE MAIO	N°	11
COMPLEMENTO	CASA	BAIRRO	CENTRO
CEP	59598-000	CIDADE	Guamaré-RN
ORIGEM	Ambulância - Interior	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Animal
ID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Gildenia

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de colisão moto-animal há 30 min. Negada de consciência. Dor e dificuldade de mobilizar joelho direito. Sem sinais de gravidade.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
NDN
escoriações e dificuldade de mob. joelho D

TRAS OBSERVAÇÕES

RA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	180/120				84	SP02	98%

GNÓSTICO INICIAL Trauma + possível fratura **CID**

HGt 320 mg/dL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **148312 GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES**

Prontuário: _____

CNS: 703404283337310

Nascimento: 04/02/1979

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Pai: _____

Endereço: RUA SETE DE MAIO, 11 - CENTRO - GUAMARE

Fone: 96443608 /

Município: GUAMARE

Código Municipal IBGE: _____

240450 UF: RN

CEP: 59598-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29450 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO DE TRATAMENTO CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANO ALT

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 6892 / RN

Data da Solicitação 20/10/2019

PREENCHER EM 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

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10000 /2019

Prontuário: 1190095

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Cartão SUS: 703404283337310

CPF: 02755200480

Dt Nasc: 04/02/1979

Idade: 40 anos 8 meses 16 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Nome do pai:

Rua/Av: SETE DE MAIO

Nº: 11

Bairro: CENTRO

Complemento:

Cidade: GUAMARE

CEP: 59598000

Telefone: 84 96443608 84 96443608

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1021

Responsável: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 20/10/2019 02:51:15

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

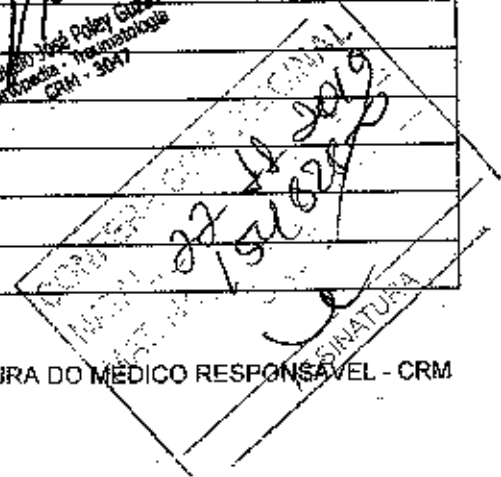
DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
108050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Fratura distal do fêmur fechada
No curso controle das
feridas com curativos
e medicação.

Cláudio José Póley Gurgel
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3047



NATAL, 20 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

EXAME FÍSICO A B C D E		EXAMES COMPLEMENTARES (PATOLOGIA E IMAGEM) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS	
A (ALERGIAS) M (MEDICAÇÃO E CIRURGIAS PREVIAS) P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS) L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS) A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) V (PASSADO VACINAL)		EXAMES COMPLEMENTARES (PATOLOGIA E IMAGEM) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE ESPECIALISTA 1 DATA HORA ESPECIALISTA 2 DATA HORA ESPECIALISTA 3 DATA HORA			
ENCERRAMENTO DO BOLETIM ASSINATURA, DATA, NOME E CARIMBO DO MÉDICO 20:05 h Dra. Izadora Souza CRM-RN 10020		ENCERRAMENTO DO BOLETIM ASSINATURA, DATA, NOME E CARIMBO DO MÉDICO 20:05 h Dra. Izadora Souza CRM-RN 10020	
COMPLA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) 1) Dexametasona 0,5 amp + HB 2) Fenoxiben 40mg + diluir 3) Ceftriaxona 25mg, 0,5g Dra. Izadora Souza CRM-RN 10020		COMPLA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
DECISÃO MÉDICA ☒ INTERNAÇÃO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐ REVELIA ☐ OUTROS		DECISÃO MÉDICA ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10000 /2019

Prontuário: 1190095

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Cartão SUS: 703404283337310

CPF: 02755200480

Dt Nasc: 04/02/1979

Idade: 40 anos 8 meses 16 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Nome do pai:

Rua/Av: SETE DE MAIO

Complemento:

CEP: 59598000

Telefone: 84 96443608 84 96443608

Especialidade: ORTOPEDICA

Cidade: GUAMARE

Nº: 11

Bairro: CENTRO

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1021

Responsável: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 20/10/2019 02:51:15

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

08050551 -

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Fratura fechada da tíbia proximal
No curso controlado da lesão,
restrição temporária de movimento

Cláudio José Polcy Gazon
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3047

NATAL, 20 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

- NÃO PISAR ATÉ 2ª ORDEM;
- TROCAR CURATIVO DIARIAMENTE COM MATERIAL ESTÉRIL
- RETIRAR OS PONTOS COM 20 DIAS
- DOBRAR O JOELHO DIREITO
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS
- MARCAR RETORNO NO HOSPITAL MEMORIAL (LIGAR PARA MARCAR - 31334200)

Dr. Fátima Rolden A. de Lima
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM: 70357 ECT: 14816



GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL EM JOELHO DIREITO NESTA UNIDADE HOSPITALAR. INDICADO AFASTAMENTO POR 120 (CENTO E VINTE) DIAS A PARTIR DESTA DATA PARA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA.

CID: S82

Natal, 09 de Novembro de 2019


Dr. Roberto A. de Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 70617/CE 14816

PAIS: BRASIL
 CIDADE: 002.018.704
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 NOME: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 NOME DO PAI: LIDIO MIGUEL DA SILVA
 NOME DA MAE: MARIE DE SOUZA
 NOME DO FILHO: GUANARE RN-1 ERTERIO
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 CIDADE: GUANARE RN-1 ERTERIO
 CEP: 027.552.004-80
 BA: VIA
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

PAIS: BRASIL
 CIDADE: 002.018.704
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 NOME: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 NOME DO PAI: LIDIO MIGUEL DA SILVA
 NOME DA MAE: MARIE DE SOUZA
 NOME DO FILHO: GUANARE RN-1 ERTERIO
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 CIDADE: GUANARE RN-1 ERTERIO
 CEP: 027.552.004-80
 BA: VIA
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

Ultima

PAIS: BRASIL
 CIDADE: 002.018.704
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 NOME: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 NOME DO PAI: LIDIO MIGUEL DA SILVA
 NOME DA MAE: MARIE DE SOUZA
 NOME DO FILHO: GUANARE RN-1 ERTERIO
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 CIDADE: GUANARE RN-1 ERTERIO
 CEP: 027.552.004-80
 BA: VIA
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

TITULO SELETORIAL
 NOME DO SELETORE: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 NOME DO FILHO: GUANARE RN-1 ERTERIO
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 CIDADE: GUANARE RN-1 ERTERIO
 CEP: 027.552.004-80
 BA: VIA
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

PAIS: BRASIL
 CIDADE: 002.018.704
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 NOME: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 NOME DO PAI: LIDIO MIGUEL DA SILVA
 NOME DA MAE: MARIE DE SOUZA
 NOME DO FILHO: GUANARE RN-1 ERTERIO
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 CIDADE: GUANARE RN-1 ERTERIO
 CEP: 027.552.004-80
 BA: VIA
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

PAIS: BRASIL
 CIDADE: 002.018.704
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 NOME: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 NOME DO PAI: LIDIO MIGUEL DA SILVA
 NOME DA MAE: MARIE DE SOUZA
 NOME DO FILHO: GUANARE RN-1 ERTERIO
 DATA DE NASCIMENTO: 04/02/1979
 CIDADE: GUANARE RN-1 ERTERIO
 CEP: 027.552.004-80
 BA: VIA
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

MINISTERIO DA JUSTICA
 Receita Federal
 CPF
 027.552.004-80
 NOME: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
 ASSINATURA DO IMPRESSO DIGITAL DO TITULAR

[illegible]

CONFIDENTIAL

Pg D

CITY ANLA DE FONTA SELVA AC-000

DATE OF THIS REPORT	CHASSI
NO. OF THIS REPORT	CHASSI

COMBUSTION ENGINEERING

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA / CG 125 FAN KB	2011	2011

CAP. POR CIL.	CATEGORIA	COM. PREDOMINANTE
OCV/124 CILINDRADAS	PARTEICULAR	PRETA

COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
P	R\$ 0,00	29/08/2019	1º
V	PARCELAS	PARCELAMENTO COTAS	2º
A	002045 22	22 08 2019	3º

[illegible]

10/15/73 11:15 AM

100

DATA
2010a/2010

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122768 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilvanis de Souza Silva Alves, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: _____, Data do Acidente 19/10/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002 018 404, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 021.552.004-80 residente no(a)
Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamare / RN.

OUTORGADO:

Nome: João Vieira Alves da Silva, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: peixeiro, portador(a) do RG
001 384 551, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 913.003.004-04 residente
no(a) Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamare / RN.

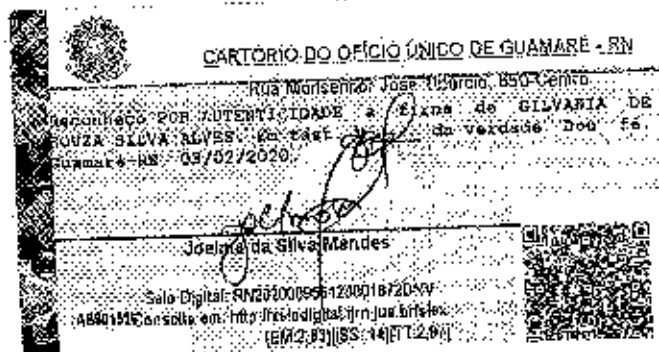
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Guamare (RN), 03/10/2020
Local e Data

Gilvanis de Souza Silva Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilvanis de Souza Silva Alves, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: _____, Data do Acidente 19/10/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002 018 404, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 021.552.004-80 residente no(a)
Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamare / RN.

OUTORGADO:

Nome: João Vieira Alves da Silva, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: peixeiro, portador(a) do RG
001 384 551, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 913.003.004-04 residente
no(a) Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamare / RN.

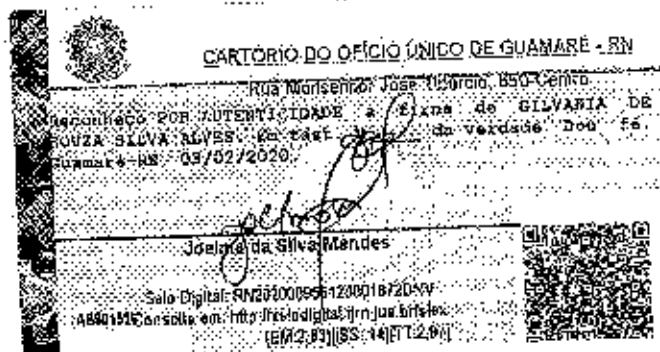
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Guamare (RN), 03/10/2020
Local e Data

Gilvanis de Souza Silva Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097176/20

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

CPF: 027.552.004-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA : 913.029.004-04

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

GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES : 027.552.004-80

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: 18/03/2020
Nome: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA
CPF: 913.029.004-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047540/20

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

CPF: 027.552.004-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILVANIA DE SOUZA
SILVA ALVES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA : 913.029.004-04

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

GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES : 027.552.004-80

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: 04/02/2020
Nome: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA
CPF: 913.029.004-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA