

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01365-X

CONTA: 000010028794-8

Nr. da Autenticação 14B69A09BE9D2187

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241118 **Cidade:** Lucrécia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Gov^o 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 Postal: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202010300009

1.2 Data de Expedição: 20/01/2020 09:11:56

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: 29/12/2019 05:10:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN

2.8 Número: SN

2.9 CEP

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ LIDIMAR DE OLIVEIRA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUIZ COSTA DE OLIVEIRA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA DO CARMO DIAS DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.8 CPF: 0750558465

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 24/02/1987

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002546731 - ITÉPIRN

3.15 Telefone(s): 84 995021503

3.16 Passaporte:

3.17 Número: SN

3.18 Nacionalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****4: 873

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MXN5054

7.1.6 Renavam:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Estado:

7.1.8 Ano de Fabricação: 2008

7.1.9 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nome Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO HOLANDA DA SILVA

7.1.15 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA, COM DESTINO AO SÍTIO VÁRZEA GRANDE, DESTA URBE, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU; QUE DEVIDO AO ACIDENTE O DECLARANTE TIEVE ESCORIAÇÕES PELO QUINHO E QUEBROU O TORNOZELO DIREITO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN PELA MEDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 0650, MÉDICO PLANTONISTA; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

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: 20/01/2020 09:11:56

Folha 01

Interessado

Polgar direito

Assinatura: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em: 20/01/2020 09:12:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Govorno 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 PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000009

1.2 Data de Expedição: 20/01/2020 09.11.56

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/12/2019 05.10.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: SN

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ LEDIMAR DE OLIVEIRA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUIZ COSTA DE OLIVEIRA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA DO CARMO DIAS DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 07505986455

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 24/02/1987

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002546731 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999024603

3.16 Passaporte:

3.17 Número: SN

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****41673

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MXM6084

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2006

7.1.10 Ano de Fabricação: 2006

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO HOLANDA DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA, COM DESTINO AO SÍTIO VÁRZEA GRANDE, DESTA URBE, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O DECLARANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUEBROU O TORNOZELO DIREITO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8850, MÉDICO PLANTONISTA; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO OPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

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: 20/01/2020 09.11.56

Policial

Interessado

Policial direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em: 20/01/2020 09:12:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 075.058.864-65 4 - Nome completo da vítima: João Bedimmar de Oliveira

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

5 - Nome completo: João Bedimmar de Oliveira 6 - CPF: 075.058.864-65
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Vargem Grande 27 9 - Número: SN 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Buenópolis 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59805-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (84)996318552

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\$1.000,00 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 POUPANÇA (Somente para os índices abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1365 ☒ X CONTA: 28.794 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos? ☐ 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 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Indenização
em nome da
vítima ou
beneficiário
nascituro(s)

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, Paty - RN 21-01-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 05 | Central Ouvidoria: 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=29636>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edivan Miguel de Queiroz
inscrito (a) no CPF/CNPJ 222.286.164 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Bedimar de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.059.864 / 65
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Bedimar de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.059.864 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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: <u>Sítio Cacimba de Vaca</u>	Número: <u>5N</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59805-000</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>(84) 996318552</u>

Local e Data: Patu - RN 21-01-2020

Edivan Miguel de Queiroz

Assinatura do Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REG. GERAIS DE LUCRÉCIA - RN
RUA RAUL DE ALENCAR, 295 - TRILHA ANTÔNIO GEAN MARQUES
Cont.: 84 99005 4298 carolina.lucrcia@gmail.com

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido

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

Selo Digital: RN202000952320000289RYA

LUCRÉCIA-RN, 20 de Janeiro de 2020 09:54

ANTÔNIO GEAN MARQUES - TABELIÃO

De: 2020/01/20 09:54



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Isabel Cristina de Moura Idade: 32
End: Rua Luzia Gomes Bairro: Zona Rural
Cidade: Lucrécia Sexo: (X) M () F
Hora: 05:45 Lucrécia/RN, 29 de Dezembro de 2019

História: De história de acidente motorveicular
apresenta sinais de luxação de tornozelo
direito, com dor e edema no local.

Exame Físico: Exame físico normal
exceto na área do tornozelo direito
onde há dor à palpação, edema e
limitação de movimento.

T.A. 10/90 MMHG Pulso: 96 Respiração: 18 Temp: 36,5

Diagnóstico Provisório: Luxação de tornozelo direito

Conduta: Imobilização
com gesso e elevação do membro
afetado.

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica

☐ A pedido

☐ A revelia

☐ Óbito Data: / / às hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lúcia da Costa

Para: Unidade Mista de Lucrécia

Dr. Rafaelly de Moraes

Médico

CRM/RN: 6650

Médico Carimbo

Chefe de plantão

Responsável



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: José Bedimar de Oliveira Idade: 32
End: Rt. Vazza Grande Bairro Zona Rural
Cidade: Lucrécia Sexo: ☒ M ☐ F
Hora: 03:45 Lucrécia/RN, 09 de Dezembro de 2019

História: Paciente vítima de acidente motorístico apresenta sinais de luxação de tornozelo direito, com dor e edema no local.

Exame Físico: A: via aérea patia
B: SatO₂ 98% ao ar ambiente, MV + em ANT.
C: bulhas cardíacas ritmicos e regulares em
AT. FC: 80 bpm
D: glaucos 15. Pupilas isocóricas Intestinais.

T.A. 140/90 MMHG Pulso: Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório: Luxação de Tornozelo D?
Fratura de Tornozelo D?

Conduta
1) Mobilização
2) Voltaren 75mg IU.
3) Oximetazona 4mg/2ml IU.

Observação de Enfermagem

☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ À revelia
☐ Óbito Data: / / às hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lalá da Costa

Para: Hospital Regional

de Pau d'Alho

Dra. Rafaelly de Moraes

Médica

CRM/RN - 8650

Médico Carimbo

Chefe de plantão

Responsável

Leite Vilma de acidente de motocicleta, o mesmo tinha várias amarras nos membros inferiores e superiores, o mesmo queixava-se de dor no pulso esquerdo, foi medido segundo Prescrito médico ficando em observação.

As 5 horas deu entrada a Senhora Eufrasia Arconza da conceição de 83 anos, sobre uma queda, Parafuso fratura no membro superior direito das mãos para Val dos Ferros, acompanhado por Wendell.

28/12/2019 (AS) Soloncio + Wendell.

Ocorrência do dia 28 de dezembro de 2019 das 07 às 19hs
Recebemos a unidade sem pacientes internos, setor limpo e abastecido. Não há registro de ocorrência.

Equipe de Plantão

Dr. Joab.

Met. Thompson.

Tec. Lúgiana.

Vigia: Eufan.

Téc. Kátia.

AS: Vancirani.

Ocorrência noturna do dia 28 de dezembro de 2019
Permanecemos sem pacientes internos.

As 05:30hs deu entrada o paciente Renato Paulo dos Santos 23 anos, vítima de acidente de motocicleta o mesmo apresentava edema no mte possível fratura, foi encaminhado para o Hospital de Pau dos Ferros para realizar raio X.

As 05:35hs deu entrada Eudes Nunes dos Santos, 39a vítima de acidente de carro o mesmo queixando-se de dor no pescoço, sendo natural de Belém do Bugo do Cruz foi encaminhado para a cidade onde reside (Belém).

As 05:35hs deu entrada João Paulo da Silva, 39a, vítima do mesmo acidente de carro, queixando-se de dor no tornozelo Belém do Bugo do Cruz, não apresentam outras escoriações.

As 05:45hs deu entrada José Ledimar de Oliveira, 31

anos, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo representa possível fratura no MIO, teve todos os procedimentos necessários realizados e foi encaminhado para o Hospital Regional de Paul dos Ferros para realizar raio X.

Equipe de Plantão

Dra. Rafaelly

Med.: Thompson

Téc. Kátia

Vigia: Juvêncio

Téc. Luciana

ASG: Fátima

Ocorrência do dia 29 de dezembro de 2019 das 07:00h às 19:00 hs. Recebemos o plantão sem internar, o setor abastecido e organizado, não houve intercorrência, o mais no procedimentos de rotina.

equipe do plantão

Dra: Rafaelly morais

Tec: Mauricio Soares

Tec: Raissa Demêla

motorista: Alison

Vigia: Alisson

ASG: Fátima

Ocorrência noturna de 30 de dezembro de 2019 das 19:00 às 07:00.

Durante a noite não houve registro de ocorrência, os procedimentos de rotina.

Equipe de Plantão

Dra: Rafaelly morais

Tec: Mauricio Soares

Tec: Raissa Demêla

vigia: Alisson

ASG: Fátima

Ocorrência do dia 04 de janeiro de 2020 das 4:00 às 19 hs. Recebemos a unidade com um paciente interno.

ASL-0101301/20
alcimaria.lima.pd.2156
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20
alcimaria.lima.pd.2156
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20
alcimaria.lima.pd.2156
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20
alcimaria.lima.pd.2156
07/07/2020 16:42:03

ASL-0101301/20
alcimaria.lima.pd.2156
07/07/2020 16:42:03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Jose Ledimar de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.546.731 DATA DE EMISSÃO 24/11/2016

NOME JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

PLACAO LUIZ COGITA DE OLIVEIRA MARIA DO CARMO DIAS DE OLIVEIRA

NÚMERO DE IDENTIFICACAO FRUTUOSO GOMES RN

DOC. CATEG. DE NASCIMENTO 1-A-2 F-50 RG-00650

CNPJ 075.059.864-65

ALINO AFONSO RN-2 CARTORIO

Josebias Ferreira do N. Junior

2a. VIA

DATA DE NASCIMENTO 24/02/1987

LE Nº 7.118 DE 29/09/83

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Ledimar de Oliveira, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro Profissão: Agricultor Data do Acidente 29-12-19
Cobertura Invalida portador(a) do RG 002.546.731 órgão expedidor
SSP/RN do CPF: 075.059.864-65 residente no(a)
Sítio Vargem Grande 27 nº SN
bairro: Zona Rural município: Lourenço / RN

OUTORGADO:

Nome: Edivan Miguel de Queiroz, brasileiro(a)
estado civil: Casado Profissão: Agricultor portador(a) do RG
478.064 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 222.286.164-00 residente
no(a) Sítio Paciência de Vaca nº SN
bairro: Zona Rural município: Lourenço / 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, 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.

Patu - RN 21-01-2020

Local e Data

RECONHEÇO

Jose Ledimar de Oliveira

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Unico Extra-Judiciário de Patu
Rua Rafael Gedeiro, 183 - Centro, CEP nº 59.770-000
0631-8897

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)

de:
JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Selo Digital: RN202000940940001000NBO

Confira a autenticidade em: <http://selo.digital.firmaselo.com.br>
Patu/RN, 21 de Janeiro de 2020 - 11:20

AB047398

Miguel de Deus Rocha de Lima
Tabelião Substituto



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José Ledimar de Oliveira, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 29-12-19
Cobertura Invalidez portador(a) do RG 002.546.731, órgão expedidor
SSPIR/PA do CPF: 075.059.864-65 residente no(a)
Sítio Vargem Grande 27 nº SN
bairro: Zona Rural, município: Itapecuru / PA.

OUTORGADO:

Nome: Edivan Miguel de Queiroz, brasileiro(a)
estado civil: Casado Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
473.064, órgão expedidor SSPIR e do CPF: 222.286.164-00, residente
no(a) Sítio Pacimba de Vaca nº SN
bairro: Zona Rural, município: Itapecuru / PA.

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, 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.

Patu-RN 21-01-2020

Local e Data

RECONHEÇO

José Ledimar de Oliveira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)
Cartório Único Extra-Judicial de Patu
Rua Rafael Godoiro, 183 - Centro, CEP nº 59.770-000
9631-9897

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de:
JOSÉ LEDIMAR DE OLIVEIRA

Selo Digital: RN202000840840001000NBO

Confira a autenticidade em <http://selodigital.trn.jus/selo>
Patu/RN, 21 de Janeiro de 2020 - 11:20

AB017388

Miguel Carlos Rocha de Lira
Tabelião Substituto



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101301/20

Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

CPF: 075.059.864-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ : 222.286.164-00

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

JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA : 075.059.864-65

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: 23/03/2020
Nome: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ
CPF: 222.286.164-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188772/20

Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

CPF: 075.059.864-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ : 222.286.164-00

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

JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA : 075.059.864-65

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: 07/07/2020
Nome: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ
CPF: 222.286.164-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241118

Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241118

Vítima: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVAN MIGUEL DE QUEIROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

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\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000001365-X

Conta: 000010028794-8

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

