

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000038474-4

Nr. da Autenticação 40F464E0E6CF2DC3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521212 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180521212

Vítima: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 dos punhos
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: JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 000000038474-4

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

089.373.334-89

João Pedro Fernandes Romão de Sá

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Pedro Fernandes Romão de Sá	089.373.334-89	Recusado
Endereço	Número	Complemento
Rua: José Jonuário Fernandes	30	W3A
Bairro	Estado	CEP
Redenção	RJ	59.636.350
Email		Telefone (DDD)
		18419-98628771

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO: C.6 NOV 2018 NRO: 	
AGÊNCIA NRO: 0360 D/V: (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: 00038434 D/V: 4 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO: PROT CONTA NRO: COLO (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro Fernandes Romão de Sá 30 de Agosto de 2018
Local e Data

João Pedro Fernandes Romão de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0703618

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DIO BRANCO / R. MOURA FRANCO Bairro SANTO ANTONIO
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. PROX. FERRO DE ENCOMENDAS
Data 16/07/18 Hora do acidente 13:00 Hora do registro 13:30 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____



3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QGD-2558 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. HONDA / HR 160 BRO 5 ESD Cor BRANCA Ano 2015 / 2015
Proprietário JOÃO PEDRO FERNANDES ROMÃO DE SOUSA N° de Ocupantes 02
Condutor JOÃO PEDRO FERNANDES ROMÃO DE SOUSA Data de Nasc. 05/05/1999
Endereço R. JOSE JAMURIO FERNANDES N° 30 Fone 9671-0608
Bairro SANTA BELMIRA Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF N° 089.373.314-89 CNH N° 06679085905 Validade 07/06/2021 Categoria A
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi QGF-9969 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. CHRYSLER XY 500 PHOENIX Cor VERMELHA Ano 2013 / 2014
Proprietário FRANCISCO FRANCINALDO DA SILVA N° de Ocupantes 02
Condutor MARCELO PEREIRA DA SILVA Data de Nasc. 08/12/1997
Endereço R. PEDRO VECADO N° 472 Fone 98719-1024
Bairro SANTO ANTONIO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF N° 016.371.644-75 CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____



EM BRANCO

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

EM BRANCO

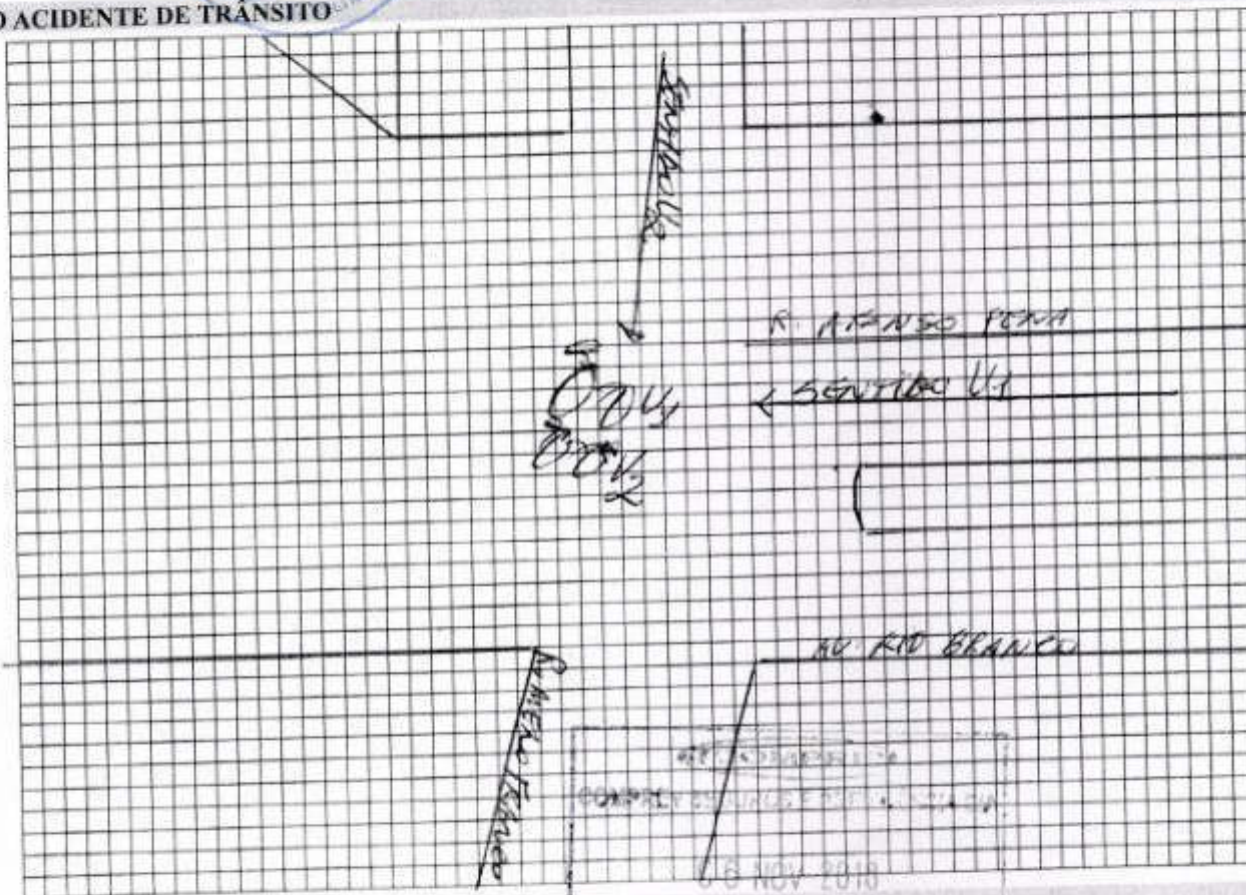


8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Aclive Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Neblina	☐ Cascalho	☐ Aclive Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☒ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Bifurcação		

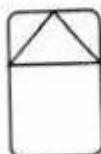


9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



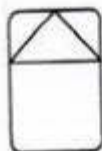
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1



FAROL, PNEU E RODA DIANTEIRA, CARCENAL, RETENIDORES, GUIDO, TELESCÓPIO.

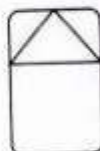
AVARIAS DO VEÍCULO 3



EM BRANCO

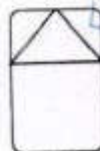
AVARIAS DO VEÍCULO 2

AG. NATAL



CARCENAGEM, FAROL, PÁRA-LAMAS.

AVARIAS DO VEÍCULO 4



EM BRANCO

11 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

☐ Testemunha
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____

12 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

☐ Testemunha
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____

13 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

☐ Testemunha
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____

14 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____

☐ Testemunha
Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
RG N° _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____ N° _____
Endereço _____ Cidade _____ Fone _____
Bairro _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO chegar no local da ocorrência os veículos se encontravam no local de uso. Os condutores se foram logo após pelo SMTM. E os mesmos depois foram para a versão sobre o acidente.

PROTÓTIPO
CORPO DE BOMBEIROS E PREVENÇÃO
06 NOV 2018
PROTOCOLO
AG: NATAL

Nome Completo do Agente ALEXANDER M. AZEVEDO
POSTO/GRAD.: CB PM N° 97-309 Viatura DETA ALTA Substitui: 2º DPRE
Local e Data MOSSORÓ (RN), 16 de Setembro de 2018

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que faixa? _____

Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V1 _____

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que faixa? _____

Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO



Assinatura do Condutor do V2 _____

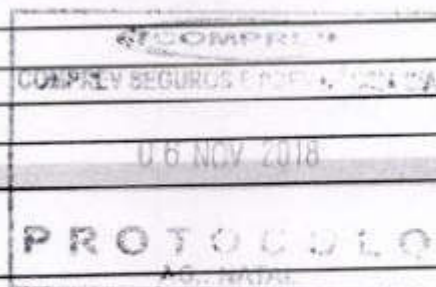
SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que faixa? _____

Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO



Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que faixa? _____

Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

EM BRANCO

Assinatura do Condutor do V4 _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0703618

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Av. Rio Branco/ Rua Melo Franco	Bairro:	Santo Antônio
P. Ref.	Próximo ao Ferro De Engomar	Data:	16/07/2018

2 - VEÍCULO: V2

Chassi	QGF9967	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	USHINERAY XY50Q PHOENIX	Ano	2013/2014		
Proprietário	FRANCISCO FRANCINALDO DA SILVA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	Márcio Pereira da Silva	Data de Nasc.	08/12/1972		
Endereço	Rua Pedro Velho	Nº	472	Fone	
Bairro	Santo Antônio	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	016.371.644-75	RG nº	002.942.597	Órgão Emissor	SSP
				UF	RN
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Av. Rio Branco	Em que faixa?	Esquerda
Em que sentido?	Santo Antônio		

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado, quando ao passar por um cruzamento V1 que vinha em alta velocidade colidiu no veículo do declarante. Com o impacto o mesmo perdeu o controle do veículo vindo a cair ao solo e foi socorrido pelo SAMU para o HRTM". 18800/2018.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 08/08/2018 na sede do 2ºDPRE.

Nome do Agente que registrou as informações | Deyved Thiago Fernandes Dantas

Posto/Graduação	Sd Deyved	Matrícula	202021-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-----------	-----------	----------	---------	-------	---------	---------

Sd Deyved Thiago Fernandes Dantas

Sd. Deyved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM DE
OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE
TRÂNSITO

Nº 0703618

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Av. Rio Branco	Bairro:	Santo Antônio
P. Ref.	Próximo ao Ferro de Engomar	Data:	16/07/2018

2 - VEÍCULO: V1

Placa	QGD2558	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA/NXR 160 BROS ESDD	Ano	2015/2015		
Proprietário	João Pedro Fernandes Romão de Souza	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	João Pedro Fernandes Romão de Souza	Data de nasc.	05/05/1998		
Endereço	Rua José Januário Fernandes	nº	10	Fone	(84)9 9671-0608
Bairro	Abolição	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	089.373.314-89	CNH nº	06679085905	Categoria	A
				Validade	07/06/2021
Local de Trabalho	Supervisor da AIC				

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Av. Rio Branco
Em que sentido?	Centro
Em que faixa?	Esquerda

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado, quando ao passar por um cruzamento V2, que vinha na Rua Melo Franco, colidiu na moto do declarante. Com o impacto o declarante perdeu o controle do veículo vindo a cair ao solo e foi socorrido pelo SAMU para o HRTM". Atendimento Nº0703618.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor	João Pedro Fernandes Romão de Souza
------------------------	-------------------------------------

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 20/08/2018, no 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações: **Deived Thiago Fernandes Dantas**

Posto/Graduação	Sd	Matrícula	202021-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	----	-----------	----------	---------	-------	---------	---------

Sd. Deived Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tailda Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.00.664/38 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pedro Fernandes Romão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.373.354/89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima João Pedro Fernandes Romão de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.373.354/89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios: Recuso

☒ 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		Número	Complemento
Rua: <u>Jose Manoel Fernandes</u>		<u>30</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Redenção</u>	<u>Massaro</u>	<u>RU</u>	<u>59.646.390</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>13413-9852-8771</u>

Massaro 30 de Agosto de 2018
Local e Data

Tailda Fernandes da Silva
Assinatura do Declarante

COMPREV
CORPUS SEGUROS E PREVENÇÃO S/A
6 NOV 2018
PROTOCOLO
AG.: NATAL

Admissão: 16/07/2018 13:45:55

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 16743 - JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA (20 a 2 m 11 d)

Nascimento: 05/05/1998

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 08937331489

Prof:

Mãe: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Pai: JOAO MARIA ROMAO DE SOUZA

Logradouro: JOSE JANUARIO FERNANDES, 10

CEP: 59616350

Bairro: SANTA DELMIRA

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.991752439 84.991752439

Comp:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: REGULADO

URG/EMERGENCIA

*Empresa

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação: 16/07/2018 13:42:43	PESO:
------------------------------------	-------

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO/MOTO(SIC), DOR EM CLAVICULA D E DEFORMIDADE EM PUNHO D

Hora: 14:15

Recente sufoca în apă caldă existent într-o apă de 20 minute timp în care
ajutat de medic. Nu se poate de conștientizare, înseamnă că este în stare de
conștientizare. După timpul pe care îl are sub protecție.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 0309/201

SAME/ARQUIVO

© Limites de movimentos em punho, mãos e dedos além de alterações de sensibilidade em dedos. Além disso, há limites de movimentos em região de MSD com dor e/ou edema associado.

CO Soluções redigidas de mão, muito claras, estilizadas e com desenhos. Processos de Antiquidade.

Diagn. Inicial:

Dr. Antônio Teixeira Neto
Cirurgia Plástica
CRM-RN 1514

PRESCRIÇÃO:

OCOTOPRENIA: Fructus de ramos de árbol de
caña de azúcar, sin azúcar,
sin azúcar, sin azúcar.
Alte ortomide

Alte ortopadie

Tak akan paham &
Tidur di atas (2)

CRM-RN	VIA	HORARIO	ASSINT.
--------	-----	---------	---------

COMPREHENSIVE SECURITY POLICY

06 NOV 2018

PROTOCOL
AG.: NATAL.

1850

[Handwritten signature]

*Saída: - ☐ Decisão médica; ☐ Enc.outroServiço; ☐ Evasão; ☐ Interna: CID Proc.

Data: / /18. Hr: : Ass. Médico:



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO	
		Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
10 - RAÇA/COR			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Prof. a. fratura de rádio distal D. punho osteossintetizado.	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
H. cirurgia	
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 02.07.2018 FIR	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
R. exame físico, raio x	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL
fr. rádio distal D	S52.5
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		151080120401A	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	
		() CNS () CPF	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Rodrigo de Almeida Ortopedia e Traumatologia		16/07/18	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		06 NOV 2018	
47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR		PROTOCOLO	
48 - DOCUMENTO		AG. NATAL	
() CNS () CPF			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			

Atendimento	1011773
Data:	02/08/2018
hora:	9:39

Nº AIH
ANDERSONEP

BOLETIM DE ADMISSÃO

179895 - JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 05/05/1998 - 20 ANO(S)

CPF: 089.373.314-89

RG: 003390078

CNS: 701004828746598

Convênio: SUS

Leito: 210-02

Enfermaria: 210 - AP 210

Endereço: JOSE JANUARIO FERNANDES, N° 10 - CEP: 59600-010

Bairro: SANTA DELMIRA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão:

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: JOAO MARIA ROMAO DE SOUZA

Mãe: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Naturalidade: MOSSORO - RN

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: JAILDA FERNANDES DA SILVA

Procedimento Solicitado: 0408020407-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / - 5525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização:

Senha:

Guia:

Resultado

☐

Curado

☐

Melhorado

☐

Inalterado

☐

Piorado

☐

Removido

☐

Pedido

☐

Evasão

☐

Indisciplina

☐

-48 Horas

☐

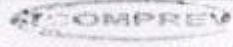
+48 Horas

☐

Obito

Transferido: _____

História Clínica

 COMPREV SEGUROS E PREVENÇÃO S/A 06 NOV 2018 PROTÓCOLO AG.: NATAL	
Diagnóstico Provável	

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS



HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Paulo Roberto Gomes & Silva Idade: 0152/20
Reg. Geral: 179895 Convênio: SUS Unidade/Leito: 215-02
Clínica: Neurologia Data: 02/08/19

Evolução Médica

Paciente com quadro de epilepsia.
paciente em uso de medicação
Dr. João + Dr. Roberto

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e traumatologia
CRM 12345

Prescrição Médica

Aprimoramento

- 1. Carbamazepina 300mg - 21/06
- 2. Valproato de Sódio 500mg - 22/06/19
- 3. Carbamazepina 300mg - 22/06/19
- 4. Valproato de Sódio 500mg - 22/06/19
- 5. Carbamazepina 300mg - 22/06/19
- 6. Valproato de Sódio 500mg - 22/06/19
- 7. Carbamazepina 300mg - 22/06/19
- 8. Valproato de Sódio 500mg - 22/06/19
- 9. Carbamazepina 300mg - 22/06/19
- 10. Valproato de Sódio 500mg - 22/06/19
- 11. Carbamazepina 300mg - 22/06/19
- 12. Valproato de Sódio 500mg - 22/06/19

COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA
06 NOV 2018
PROTOCOLO
AG. HATAT

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e traumatologia
CRM 12345

03/08/19 ATUA HOSPITAL

Medicação administrada por:

M

T

N



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

**HOSPITAL
WILSON ROSADO**

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1011773 - JOAO PEDRO FERNANDES ROMAO DE SOUZA

Data da internação: 02/08/2018 - 09:39:00 Sexo: M Idade: 20 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

03/08/2018

Anotação

	Técnico(a)	Assinatura
19:00:00	BRENNA MAKIENNY CORREIA	Brenna Makienny C. de Lima Silva Técnico de Enfermagem COREN-011261784

APÓS VISITA MÉDICA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, DEAMBULA, PÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE. SEGUE AOS CUIDADOS DOMICILIO. RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O₂: 0 Ventilação: Decúbito:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
LABORATÓRIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOÃO PEDRO FERNANDES ROMÃO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR/UF)
1404580 MTE RN

CPF
089.373.314-89

DATA NASCIMENTO
05/05/1998

FILIAÇÃO
**JOÃO MARIA ROMÃO DE SOUZA
JAILDA FERNANDES DA SILVA**

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06679085905

VALIDADE
07/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
12/08/2016

OBSERVAÇÕES

João Pedro Fernandes Romão de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO
15/08/2017

Letícia Maria Galvão Gomes

Letícia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutoras

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482357140

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482357140

