



Número: **0820787-22.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)		MAURICIO VICENTE FAGONI SERAFIM (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62132382	27/10/2020 15:02	2759342_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6058 /2020

Admissão: 01/02/2020 15:09:15

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA** (36 a 7 m 15 d)

Nascimento: 01/08/1983 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS:
Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA
Logradouro: SIQUEIRA CAMPOS, 990
CEP: 59108400 Bairro: POTENGI
Telefone: 84 32327500

CPF: 01218888431
Pai:

Prof:

Cidade: NATAL

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO
Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: SAMU NATAL					Classificação: 01/02/2020 15:04:20				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO/CARRO - REFERE DOR, EDEMA EM JOELHO DIREITO

Hora: _____

EXAME FISICO (PRIMARIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 01/02/2020 16:16:51 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por RAFAELLA SILVA MENDES MARTINS. Impresso em 16 de Março de 2020.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **162605 JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**

Prontuário: 1193620

CNS: Nascimento: 01/08/1983

Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Pai:

Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 990 - POTENGI - NATAL

Fone: 32327500 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59108-400

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 4171 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

DOR NO JOELHO DIR APOS QUEDA DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUYADRO CLINICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DO JOELHO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.9 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA*408050551.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☒ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 01/02/2020

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:







90101162606

Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

FIA: 4-1182/2020

Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição Nº: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1193620

Peso:

Data Internação: 01/02/2020 16:16

Início Validade: 15/02/2020 19:00 até 16/02/2020 18:59

Quarto / Leito: 16 - 454

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

15/02/2020 10:12:42 - Paciente apresentando fratura de platô tibial em joelho D, submetido controle de dano com fixador externo. Evolui bem sem queixas. Aguarda vaga no NIR -
CD: AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - <u>TRAMADOL 50MG</u>	1	COM	VO	8h/8h		22 06 14
3 - DAPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
4 - <u>CEFALEXINA 500 MG</u>	1	CAP	VO	6h/6h		00 06 12 18
5 - <u>ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC</u>	1	SER	SC	24h/24h		18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
7 - CURATIVO DIARIO						

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS
CRM-4421/RN





90101182605

Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

FIA: 4-1182/2020

Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição Nº: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1193620

Peso:

Data Internação: 01/02/2020 16:16

Início Validade: 15/02/2020 19:00 até 16/02/2020 18:59

Quarto / Leito: 16 - 454

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

15/02/2020 10:12:42 - Paciente apresentando fratura de platô tibial em joelho D, submetido controle de dano com fixador externo. Evolui bem sem queixas. Aguarda vaga no NIR -
CD: AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - <u>TRAMADOL 50MG</u>	1	COM	VO	8h/8h		22 06 14
3 - DAPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
4 - CEFALOXINA 500 MG	1	CAP	VO	6h/6h		00 06 12 18
5 - <u>ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC</u>	1	SER	SC	24h/24h		18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
7 - CURATIVO DIÁRIO						

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM-4421/RN



HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Página 1 de 1

CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

Período 01/02/2020 22:08 a 01/02/2020 22:08

16/03/2020 11:21

FIA / BAA: 1182 / 2020

Paciente: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 16 / 454

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1193620

Data Agendamento: 01/02/2020 21:45

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Realização: 01/02/2020 20:50

Potencial de Contaminação: Potencial Contaminada

Cirurgião: KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Anestesista: RICARDO CESAR BARBOSA DE MACEDO

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 01/02/2020 22:08

Profissional:

Relato da Cirurgia: 1- PACIENTE ANESTESIADO

2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPEAMENTO ESTÉRIL

4- REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR PARA

CONTROLE DE DANO

5- CURATIVO ESTÉRIL



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Página 1 de 1

CCMV004_R - Relatório de Cirurgia

Período 01/02/2020 22:08 a 01/02/2020 22:08

16/03/2020 11:21

FIA / BAA: 182 / 2020

Paciente: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 16 / 454

Tipo de Cirurgia: 4

Prontuário: 1193620

Data Agendamento: 01/02/2020 21:45

Cirurgia: TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Data Realização: 01/02/2020 20:50

Potencial de Contaminação: Potencial Contaminada

Cirurgião: KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

Anestesiista: RICARDO CESAR BARBOSA DE MACEDO

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador:

Equipe:

Data do Relatório: 01/02/2020 22:08

Profissional:

Relato da Cirurgia: 1- PACIENTE ANESTESIADO

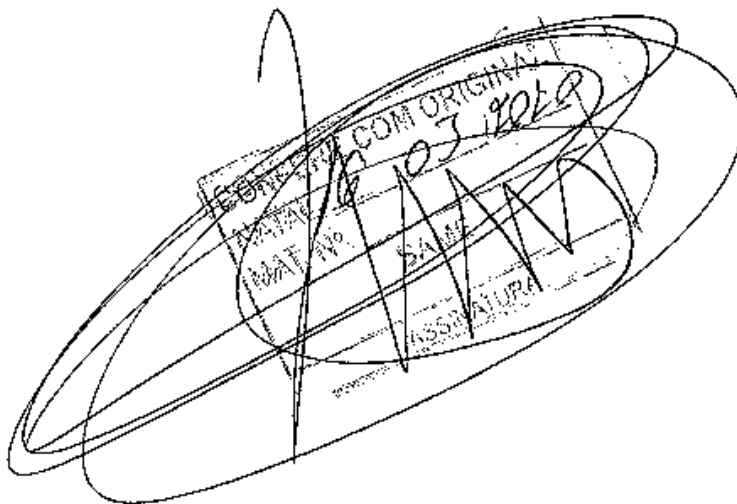
2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPEAMENTO ESTÉRIL

4- REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR PARA

CONTROLE DE DANO

5- CURATIVO ESTÉRIL

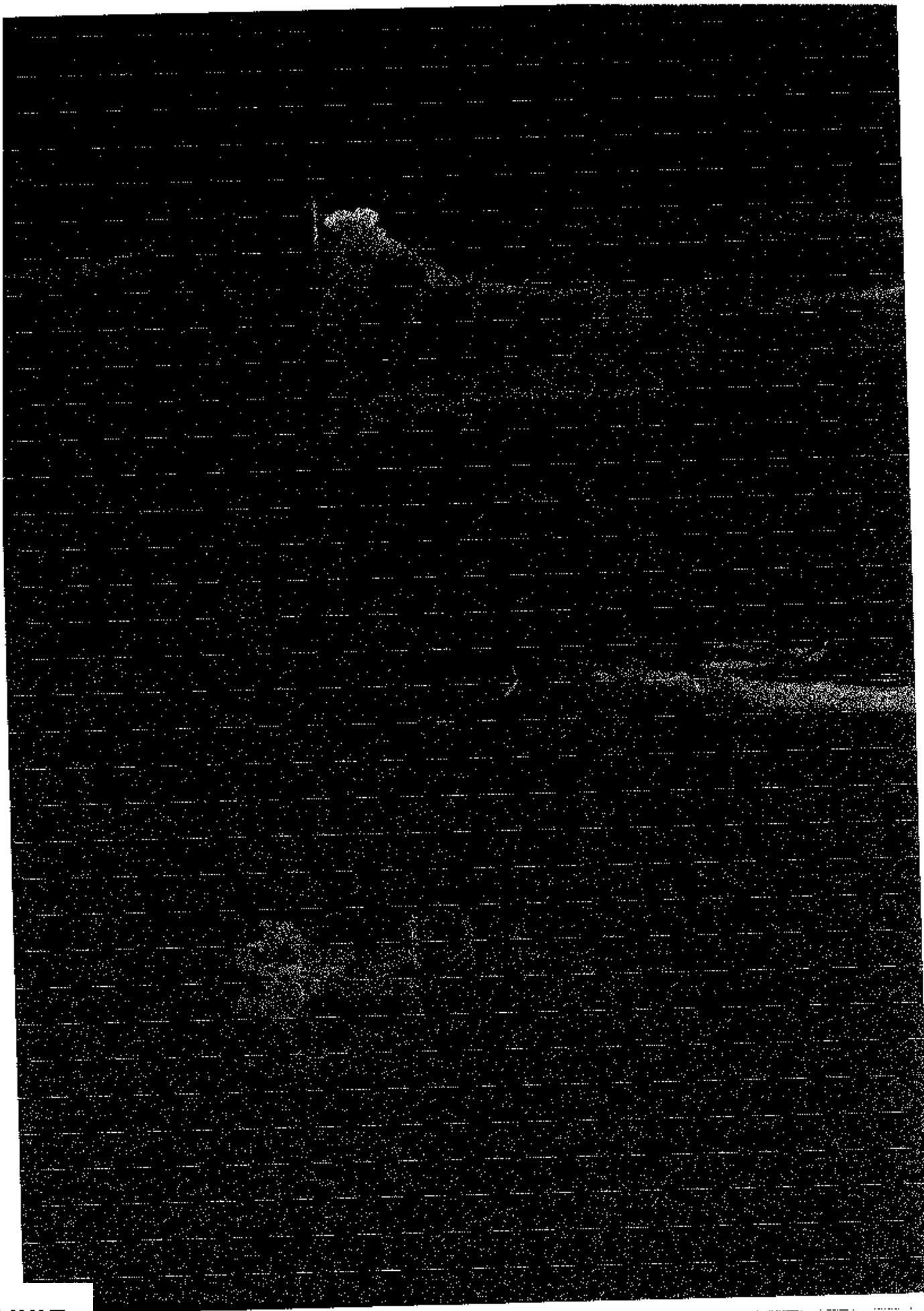


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- DATA	2- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	3- CNES
16/02/2020	HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA	3515168
4- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	5- CNES	
HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA	3515168	
Identificação do Paciente		
6- PACIENTE	7- NÚMERO DO FRONTEIRO	
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA	168860	
8- CARTÃO NACIONAL SUS	9- CPF	10- DATA DE NASCIMENTO
706 0048 4658 8946	012188884-31	01/08/1983
11- NOME DA MÃE	12- SEXO	13- RAÇA/COR
MARIA JOSÉ DE ALMEIDA	MASCULINO	PARDAS
14- NOME DO RESPONSÁVEL	15- TELEFONE DE CONTATO	
A GENITORA	981074478	
16- ENDEREÇO (RUA, Nº)	17- TELEFONE DE CONTATO	
R SANTA CLARA 129		
18- MUNICÍPIO	19- BAIRRO	20- UF
NATAL	POTengi	RN
21- CEP	22- CID	
59110590		

Justificativa de Internação

23- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão apresentando fratura
de platô tibial

24- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura deslocada

25- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

R-X

26- DIAGNÓSTICO INICIAL

27- CID 10 PRINCIPAL

28- CID 10 SECUNDÁRIA

29- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

30- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

31- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

32- CLÍNICA

33- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

34- DOCUMENTO

35- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

37- DATA DA SOLICITAÇÃO

38- ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- SÉRIE

40- () AC. TRANSITO

41- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- () AC. TRABALHO TRAVEJO

43- CNPJ DA SEGURADORA

44- Nº DO BILHETE

45- CNPJ DA EMPRESA

46- CBO

47- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

48- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49- CDD. ORGAO EMISSOR

50- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51- DOCUMENTO

52- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

53- DATA DA AUTORIZAÇÃO

54- ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

HRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 02/02/2020
Mat. 33321-8



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA		REGULAÇÃO	OBS
ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		188860	
DATA	HORA	CATEGORIA	GH
16/02/2020	11:33		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA			01/08/1983
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
SOLTEIRO		FARMACEUTICO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
R SANTA CLARA 129			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	POTENGI	RN	59110530
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
MARIA JOSE DE ALMEIDA		WILSON FRANCISCO DA SILVA	
RESPONSÁVEL			TELEFONE
A GENITORA			991074479
ENDEREÇO			
01218884-31			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO	ALTA	OBITO	
	06/03/20		

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de acidente
de trânsito, encaminhado do
H.M.W.G. com fratura de esterno
e costela de dorso
dx: Fratura de plastrão lateral.

HRDML / SESAP
CONFERIDO O ORIGINAL
Pamamirim-RN. 07/05/2020
Mat. 19877-8

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedista
CRM - 4421 / TEOT - 10660





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM/RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 28

NOME: SOOS Paulo Almeida de Silva
IDADE: 03/08/83 COR: Verde SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: C. Grande PROFISSÃO: Farmacêutico PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua São João, 129 BAIRRO: P. Tenji
CIDADE: Natal DATA: 18-02-2020 HORA: 21:20hr

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

PLATO TIBIAL

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFÉRICIO ORIGINAL
Parnamirim-RN, 07/05/2020
Mat. 13812-8



Hospital			Enfermaria		Leito	Nº prontuário																																																																			
Nome			Idade			Sexo	Cor																																																																		
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																			
Tipo sanguíneo	Hemadas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia																																																																				
	Urina																																																																								
Ap. respiratório					Asma	Bronquite																																																																			
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																																				
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																				
Estado mental			Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores																																																																			
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco																																																																			
Anestesias anteriores																																																																									
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																				
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td rowspan="2">Q</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Líquidos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="16"> Oper <input type="radio"/> Anest. <input checked="" type="radio"/> O Resp.: <input checked="" type="radio"/> P Pulso <input checked="" type="radio"/> </td> <td>260</td> <td></td> </tr> <tr><td>250</td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> </table>								Agentes Anestésicos	Q			Líquidos									Oper <input type="radio"/> Anest. <input checked="" type="radio"/> O Resp.: <input checked="" type="radio"/> P Pulso <input checked="" type="radio"/>	260		250		240		230		220		210		200		190		180		170		160		150		140		130		120		110		100		90		80		70		60		50		40		30		20		10	
Agentes Anestésicos	Q																																																																								
Líquidos																																																																									
Oper <input type="radio"/> Anest. <input checked="" type="radio"/> O Resp.: <input checked="" type="radio"/> P Pulso <input checked="" type="radio"/>	260																																																																								
	250																																																																								
	240																																																																								
	230																																																																								
	220																																																																								
	210																																																																								
	200																																																																								
	190																																																																								
	180																																																																								
	170																																																																								
	160																																																																								
	150																																																																								
	140																																																																								
	130																																																																								
	120																																																																								
	110																																																																								
100																																																																									
90																																																																									
80																																																																									
70																																																																									
60																																																																									
50																																																																									
40																																																																									
30																																																																									
20																																																																									
10																																																																									
SÍMBOLOS		E ANOTAÇÕES POSIÇÃO:																																																																							
Agentes Técnica Operação Cirurgiões Anestesiata Observações		DR. LEONARDO BARROS CRM/RN 4281 Diretor Clínico HRDML Mat. 194.270-0 HRDML / SESAP CONFERIR C/ O ORIGINAL Pamamirim-RN. 09/10/2012 Mat. 398																																																																							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias.		Perda sanguínea																																																																							



NAMES COMPLEMENTARES				
Ass. do Responsável				
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE				
HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>
CONDUTA				
<p style="font-size: 24px; margin: 0;">Plano típico Incl ambr</p> <p style="text-align: right; font-size: 10px; margin-top: 20px;"> Renato Costa Ortopedia Traumatologia CRP 7785 - RQE 5403 2007 - 11/06 </p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Ass. do Responsável</p>				
DESTINO DO PACIENTE				
FICOU NO LOCAL SA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <div style="text-align: center; font-size: 24px; margin-top: 10px;">ORTO</div>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____		
TIROU-SE POR TA ____/____/____ TO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>		
FREGUE	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	L.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		

HRDML / SESAP
CONFER: C / O ORIGINAL
Pamamirim-RN, 07/05/2020
Mat. 198321-8



CRM 4184 CPF: 027950097-14
 Anestesiologista
 Cátia V. Brito Mendes

copiada

Operação: RUF JACSON ALVARO
 Anestesiastes: Dra. Cátia
 Técnica: Adriana Mendes
 Agentes: Rosângela, Gaudêncio, Bonifácio

SÍMBOLOS	F	ANOTAÇÕES	POSICÃO	Agentes Anestésicos		Líquidos
				Oper	Anest.	
250						
240						
230						
220						
210						
200						
190						
180						
170						
160						
150						
140						
130						
120						
110						
100						
90						
80						
70						
60						
50						
40						
30						
20						
10						

Hospital: HEDM		Nome: João Paulo Almeida		Data: 18.02.20		Tipo sanguíneo: Urina	
Idade: 36		Sexo: M		Cor: B		Hemoglobina: 130x10	
Pulso: 90		Temperatura: 36,5		Pressão arterial: 120x70		Hematócrito: 38	
Peso: 70		Ureia: 10		Creatinina: 0,8		Hemoglobina: 130x10	
Outros:		Asma: N		Bronquite: N		Hemoglobina: 130x10	
Eletrocardiograma:		Ap. respiratório: estáb		Ap. circulatório: estáb		Ap. digestivo: bom	
Dentes:		Estado mental: consciente		Diagnóstico pré-operatório: 1º grau		Anestésicos anteriores:	
Coronárias:		Medicação pré-anestésica:		Aplicada às:		Efeito:	

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia



S**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar***Plumilha***IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **162605 JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**CNS: **406004846598946** Nascimento: 01/08/1983

Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Pai:

Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 990 - POTENGI - NATAL

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Prontuário:

Cor: SEM INFORMACAO

Fone: 32327500 /

CEP: 59108-400

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 4171 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIR APOS QUEDA DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DO JOELHO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.9 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TIBIAL, FX;1

Condições importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 01/02/2020

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 Trajetado CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização:

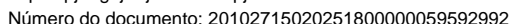
Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

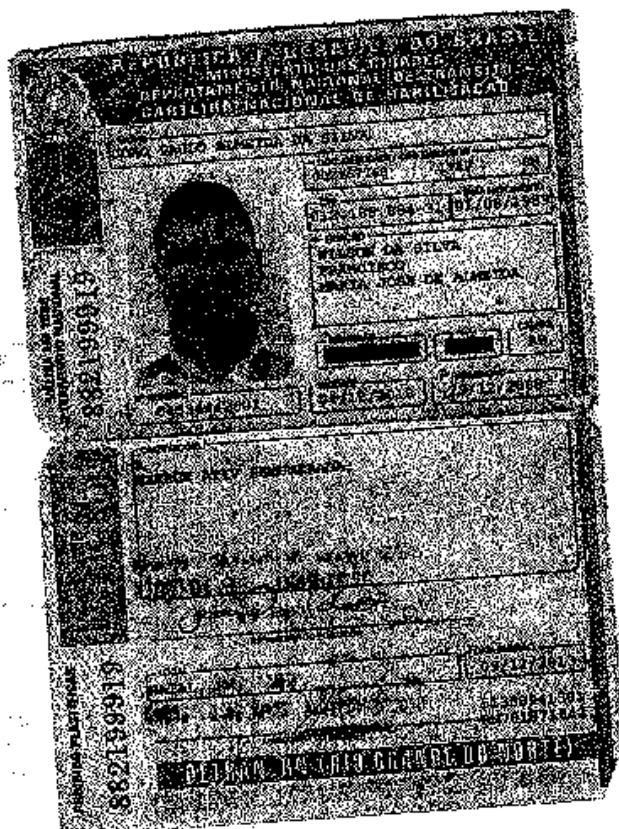
HRDML / SESAP
CONFERIR O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 07/10512200
Mat. 198724-8

ACIAS-MULAS

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

ಅಭಿಪ್ರಾಯದ ರೂಪ





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12442 / A RUA Nº 0155107133B4

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0155107133B4 2019

0155107133B4 2019

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

CPF/CNPJ 012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

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

RN Nº 0155107133B4 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORA Lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

012.180.884-13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189815 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO (PAG.02.04.06.07.14.16)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DE 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: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: Mecânico, Data do Acidente: 01/02/2020
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 002/69768, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 012.188.884.36 residente no(a)
RUA SIQUEIRA CAMPOS nº 990
bairro: POTENGI, município: NATAL, RN.

OUTORGADO:

Nome: FRANCIELLE DA SILVA SANTOS, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRA Profissão: A. S. G, portador(a) do RG
002.653.518, órgão expedidor ITEP e do CPF: 092.298.234.90 residente
no(a) RUA SIQUEIRA CAMPOS nº 990
bairro: POTENGI, município: NATAL, 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.

NATAL - 22/05/2020
Local e Data

x João Paulo Almeida da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147664/20

Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 012.188.884-31

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS : 072.278.234-90

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

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA : 012.188.884-31

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: 25/05/2020
Nome: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS
CPF: 072.278.234-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

GERCIA LOURENCO DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189815

Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

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

Carta nº 15817667

Pag. 01379/01380 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189815

Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000145627-1

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.188.884-31 4 - Nome completo da vítima: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

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 PAULO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 012.188.884-31
7 - Profissão: RECEPTIVO 8 - Endereço: RUA SILVÉRIA CAMPOS 9 - Número: 990 10 - Complemento: CHS A
11 - Bairro: VIZEM CI 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59102-400
15 - Tel (DDD): 85 16 - Tel (DDD): 98199-6800

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0010 CONTA: 1456.27
(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 LIDER 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 LIDER 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 (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 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 LIDER 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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, 22/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036778/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/05/2020 10:35 Data/Hora Fim: 21/05/2020 10:48
Delegado de Polícia: Alzira Velga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 01/02/2020 13:49

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Bairro: Cidade da Esperança
Logradouro: Avenida Rio Grande do Norte

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 01/08/1983	Idade: 36 anos
Naturalidade: PB - Campina	Profissão: Balconista		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA	Nome do Pai: WILSON DA SILVA FRANCISCO		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.186.884-31
RG - Carteira de Identidade: 002167768

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Siqueira Campos
Bairro: Potengi
Telefone: (84) 98636-8812 (Celular)
Nº: 990
CEP: 59.108-400

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade:

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Honda BIZ de cor cinza (não identificada)	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Alzira Velga de Medeiros
Impresso por: Raymond Rauldy de Costa Cabral
Data de Impressão: 21/05/2020 10:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 26



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036778/2020

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.188.884-31	Placa NOA9758
Renavam 00371545013	Número do Motor KC16E7B632010
Número do Chassi 9C2KC1670BR632010	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/08/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Para fins do Seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade policial, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão MOTO X MOTO. Que lesionado após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis Sarrinho, conforme documentação anexa. Afirma não ter informação acerca do condutor do outro veículo envolvido. Nada mais informou.

ASSINATURAS

Raymond Rausly da Costa Cabral

Agente de Polícia
Matrícula 157374-8

Responsável pelo Atendimento

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(ais) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dou origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Aizira Velga de Medeiros
Impresso por: Raymond Rausly da Costa Cabral
Data de Impressão: 21/05/2020 10:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 012.188.884-31 4 - Nome completo da vítima: JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

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 PAULO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 012.188.884-31
7 - Profissão: RECEPCIONISTA 8 - Endereço: RUA SILVÉRIA CAMPOS 9 - Número: 940 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: POZEN CI 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59102-400
15 - Data de nascimento: 03/05/1984 16 - Tel (DDD): (84) 98630-6619 17 - Tel (DDD): 98119-6800

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2010 CONTA: 145627 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada; será 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 (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 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 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Natal RN 22/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2020, aproximadamente às 13h49min, na Avenida Rio Grande do Norte, Cidade da Esperança, nesta Cidade. Onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 16 de maio de 2020.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 22.468-1

Rua Potiguar, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel: (84) 3232-9222 (84) 3233-9211 - e-mail: ardesamunatal@cahox.com.br

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQCKADAwATY3ZmYAZS1jMDc2LWM2Yzc0MDACLTAwCgAQAJIqayX1rAhCm1FrAWU1Fb4%3D/sxs/A...> 1/1



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 307450/1

Data: 01/02/2020

CENÁRIO:

TARM: RAYSSA MAYARA MOTA DE SOUZA

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Rádio Operador: VALTEMBERQUE MENESES DE SOUZA

Médico Cena: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 07 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Equipe VTR: MARIO DIEGO DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MAIRY BARROS DE BRITO TEIXEIRA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: FABIANO

Telefone: (84) 98817-6683

Nome do Paciente:

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Idade: *

36 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8267436 Longitude: -35.2380527

Endereço: AVENIDA RIO GRANDE DO NORTE

Nº: VP

Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PROX AO REDE MAIS // PROX A FABRICA DE SALGADOS ESPERANÇA //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WILFREDO GURGEL

Quebra Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou: Transente

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2020 13:52:06 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: DUAS VÍTIMAS, UMA VÍTIMA CONSCIENTE E DESORIENTADO, AMBAS RESPIRAM BEM, SEM SANGRAMENTO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HISTÓRICO DO CHAMADO

Chamado:
01/02/2020
13:49:53
Saída Local:
01/02/2020
14:36:34Regulação Médica:
01/02/2020
13:52:06
Chegada Destino:
01/02/2020
18:11:41Solicitação VTR:
01/02/2020
13:58:45
Liberação Destino:
01/02/2020
18:15:10Saída VTR:
01/02/2020
13:58:47
Liberação VTR:
01/02/2020
18:15:11Chegada Local:
01/02/2020
14:13:54

18/05/2020

saunatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=307450&Digito=1&ReadOnly=1

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim : Não : Não informado

CONVÊNIO

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

01/02/2020 14:33:50 - COMUNICADOR

tam gerência; informou chegada do pct com dr. wener no politrauma,

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

saunatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=307450&Digito=1&ReadOnly=1

2/2



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 31

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: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000145627-1

Nr. da Autenticação 8FB85D039D9DD2D5



21/05/2020

Cosern - Companhia Energética do Rio Grande do Norte

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-31
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Soc

-Atendimento:

Agência Reguladora

ARSEP: 080

Ag

DADOS DO CLIENTE

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA
CPF: 012.188.884-31

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SIQUEIRA CAMPOS 980

POTÊNCIA/ÁREA URBANA
55108-400 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

25/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

82,71

DATA EMI

DATA

NÚMERO

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENC

Mor

RESERVADO AO FISCO

D21B.5596.1519.639

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOR
Consumo Ativo(kWh)-TU5D	107,00	0,33236752	35,66	Vencido
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,32742103	35,03	27/04/20
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,11	
Multa por atraso-NF 038285104 - 17/03/20			2,06	
Juros por atraso-NF 038285104 - 17/03/20			0,92	
Atualização IGPM-NF 038285104 - 17/03/20			1,03	

Esta comunicação NÃO extingue os débitos em discussão judicial do faturamento, poderá ocorrer cobrança conforme os critérios de cobrança, bem como incluir Tarfas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TU5D
Consumo Ativo(kWh)-TE

autoatendimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servletLogin.naoenergia.com.RFCCConversaoServiet?redirefatura... 1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 33

21/05/2020

Cosern - Companhia Energética do Rio Grande do Norte

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-31
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Soc

-Atendimento:

Agência Reguladora

ARSEP: 080

Ag

DADOS DO CLIENTE

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA
CPF: 012.188.884-31

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SIQUEIRA CAMPOS 980

POTÊNCIA/ÁREA URBANA
55108-400 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

25/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

82,71

DATA EMI

DATA

NÚMERO

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENC

Mor

RESERVADO AO FISCO

D21B.5596.1519.639

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOR
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	107,00	0,33236752	35,66	Vencido
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,32742103	35,03	27/04/20
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,11	
Multa por atraso-NF 038285104 - 17/03/20			2,06	
Juros por atraso-NF 038285104 - 17/03/20			0,92	
Atualização IGPM-NF 038285104 - 17/03/20			1,03	

Esta comunicação NÃO extingue os débitos em discussão judicial de pagamento, poderá ocorrer cobrança conforme os critérios de cobrança, bem como incluir

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

autoatendimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servletLogin.naoenergia.com.RFCCConversaoServiet?redirefatura... 1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 34



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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 93 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/018LIBOTECWEB/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 CGAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/96.

Pelo exposto, eu FRANCIELLE DA SILVA SANTOS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.228.234, 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 012.188.884, 31

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 012.188.884, 31, 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>Rua Silveira Camões</u>	Número: <u>490</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>POTENGI</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59008-400</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: NATAL - 22/05/2020

x Francielle da Silva Santos

Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992