
Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286599

Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE SOUZA

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, contados 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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286599

Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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 0221205 (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 com 16 ou 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

3200286598

CPF da Vítima

702.930.334-20

Nome completo da vítima

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CARLOS EDUARDO DE SOUZA		CPF titular da conta 702.930.334-20	Profissão ENCANADOR
Endereço RUA SÃO NEPOUCENO DE MOURA		Número 1148	Complemento CASA 04
Bairro ALTO DO SUMARE	Cidade MOSSORÓ	Estado RN	CEP 59.633-690
Email ALISONMELADUE@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) (84) 93848-7179

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)

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO DO BRASIL

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

(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.

MOSSORÓ - RN, 24 de AGOSTO de 2020

Local e Data

x Carlos Eduardo de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - 18 - 19 -

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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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, Mossoró - RN, 28 de Julho de 2020

Carlos Eduardo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta ☐	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários ☐	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202001022743

1.2 Data de Expedição: 01/05/2020 21:05:57

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2020 00:00:00

2.3 Número: 3414

2.5 Complemento: MOSSORÓ

2.7 Bairro: BOM JARDIM

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV ALBERTO MARANHÃO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: CONVENIÊNCIA DA LOUDINHA

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: DIONEIDE VIEIRA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade: BRASIL

3.13 Profissão: ENCANADOR

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 1146

3.19 Bairro: ALTO DO SUMARÉ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: GENILDO BERNARDINO DE SOUZA

3.6 Data de Nascimento: 29/03/1996

3.8 RG: Não informado

3.10 Passaporte: 702 930 334 20

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.14 E-Mail: LISSAMYRELLY9248@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA JOÃO NEPONUCENO DE MOURA

3.18 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

As 7:00 estava indo pro trabalho de moto com placa NNX4H69 pela Av Alberto Maranhão perto da conveniência da loudinha no bairro bom Jardim venho a colidir com um carro quebrando o ferro fui socorrido pelo Samu e levado pro hospital regional Tarceio mala.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Data: 01/05/2020 21:15:35

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DRP DE MOSSORÓ



Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 15/05/2020 11:16:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - 18 - 19 -

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: Conta: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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) ☐ 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 (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta ☐	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários ☐	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorallider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000107065-7

Nr. da Autenticação D8FC139B37BB6FCC

**COSERN****NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Mendonça, 150, Bairro: Natal - RN, CEP: 59225-250
 CNPJ: 08.224.186/0001-81 | Insc. Est. 2005199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 CLYVIA NASHLEY SODAL SANTAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOÃO NEPOMUCENO DA SILVA, 148
 CS-04

CPF: 104.513.304-78

ALÍQUOTA DE 17% (INSCRIÇÃO ESTADUAL)
 17,00% (R\$ 10,57) = R\$ 62,57

CLASSIFICAÇÃO
 RESIDENCIAL
 MENSAL

PERÍODO DE VALIDADE
 12/02/2020 a 15/03/2020

DATA DE EMISSÃO
 12/02/2020

CONTA CONSUMO	7015510328	02/2020
DATA DE EMISSÃO	12/02/2020	05/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	63,57	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo de Energia Elétrica (kWh)	24,94	0,000000	24,94
Consumo de Energia Elétrica (kWh)	24,94	0,000000	24,94
Imposto de Renda (R\$)	1,00		1,00
Imposto de Renda (R\$)	4,70		4,70
Imposto de Renda (R\$)	7,12		7,12
Imposto de Renda (R\$)	1,42		1,42
Imposto de Renda (R\$)	1,02		1,02
Imposto de Renda (R\$)	0,52		0,52
Imposto de Renda (R\$)	2,00		2,00
Imposto de Renda (R\$)	1,10		1,10
TOTAL DA FATURA			63,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DO MEDIDOR	Constante	Ajuste	Consumo em kWh		
214122222	CAI	DATA 01/01/2020	DATA 01/02/2020	214122222	1,00000		24,94		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DO MEDIDOR	Constante	Ajuste	Consumo em kWh		
214122222	CAI	DATA 01/01/2020	DATA 01/02/2020	214122222	1,00000		24,94		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 O consumidor deve estar atento às informações da fatura e verificar se estão corretas. Em caso de dúvidas, deverá entrar em contato com a Companhia Energética do Rio Grande do Norte, através do telefone 0800-011-1234 ou pelo e-mail atendimento@cosern.com.br.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DO MEDIDOR	Constante	Ajuste	Consumo em kWh		
214122222	CAI	DATA 01/01/2020	DATA 01/02/2020	214122222	1,00000		24,94		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DO MEDIDOR	Constante	Ajuste	Consumo em kWh		
214122222	CAI	DATA 01/01/2020	DATA 01/02/2020	214122222	1,00000		24,94		



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

CARLOS EDUARDO DE SOUZA
MUNDO MEDIC

ATENDIMENTO PARA OS DEVIDOS
FINS QUE O DOENTE
APRESENTA PROBLEMA DE
FEMUR. A GUARDA
ORUGA. JUVEN
APROXIMANDO VAMOS
POR JBO (VAMOS E DIFERENÇA)
DHS.

STR.2

02/05/20

Diego Ariel de Lima
CRM/RN 7406
RQE 2804
TEOT 15467

8:45h

ORTOPEDIA:

Patron 11 fr. fechoe fémur
e fcc para (gato) S.
interos, interos traço esquelético e
sol. v. can. per. op. + Aguardo terapia
da unha geral.

CID: 572

CAD

Dr. Rodrigo Vales Barreto

Ortopedia e Traumatologia

Cir. do Joelho

CRM-RN 4759 TEOT - 11 724

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/12/2020

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 213236



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **CARLOS EDUARDO DE SOUZA** (Fia: 2192/2020), CPF:70293033420.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 11 de Maio de 2020.

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 25 / 05 / 20

[assinatura]
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E HIGIENE

DATA 26 / 05 / 2020

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30/05/2020
13:45
SAME / ARQUIVO

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CARLOS EDUARDO DE SOUZA (8 - 2192/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
213236

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
706804795989520

8 - DATA DE NASCIMENTO
29/03/1996

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
DIONEIDE VIEIRA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153390

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153390

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
JOAO NEPONUCENO DE MOURA, 4 - ALTO DO SUMARE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59633690

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX FEMUR DIAPHRANO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

DESO DE CERVICAL

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

UNUS 1 INJEC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO TORAX COM PARTE INFERIOR DO DORSO E PELVE COM MEMBROS

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC

T02-3 W18-9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050233

29 - CLÍNICA

MED

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

02340033403

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

RODRIGO JALES BARRETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/05/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 22/05/2020
SAME LAURIMMO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Carlos Fernando de Souza Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fx de fêmur (D) + fratura pelo

Indicação terapêutica: (D)

fratura fechada

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Golbach

1ª Auxiliar: Dr. Jgo

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

① Paciente em posição dorsal sob anestesia

② Oxiplasia + antiespasmódico e campos

③ Limpeza abundante com SF. 0.9% (6h)

④ Sutura do pele nylon 2.0

⑤ Tensão hemostática fechada - + Fôrula

⑥ Curativos occlusivos

Dr. Igo Walecio M. de Fátima
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CREME-1000

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 341851/102

SAME / ARQUIVO

Carlos Eduardo de Souza
Tratamento de H.I.D. Paulista 11.05.80
Galvão Igor
Dr. Genio 09:50
Raquel + resoluções 10:50

300 unidades
300 unidades

24
4.5

03 unidades
03 pares

SUBCLAVIA

VEIS 27 Raquel
MOLIN

03 unidades

2.0

03 unidades

ELÉTRICO

ALCOOLICA cloxindina
DEGERMANTE cloxindina
PCC

500ml
500ml

OXIGENADO

0.2%

0.5%

BER O/LACTATO

BER O/LACTATO

SIMPLES

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 27/05/80
SANE / ARQUIVO

curva de crescimento

10 pares

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

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM SALA OPERATÓRIA

Data: 11/05/20 Hora: 09:50 Paciente: Carlos Eduardo de Souza Idade: 24

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checar:

☐ Pulseira de identificação confrontando com o nome
Do paciente Não

☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente
Preenchido

☒ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:

☐ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)

☐ Sim, acesso venoso adequado e planejamento de
fluidos com reserva disponível.

☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

☒ Laringoscópio ☒ Baraka ☐ Aspirador

☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

☐ Sim

☐ Equipamento VAD disponível

☒ Não

Equipamento Anestésico funcionando?

☒ Sim ☐ Não

**Disponível na sala operatória os instrumentais
necessários para o procedimento?**

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S

Necessários? Sim de Kichenner

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

**Equipamentos disponíveis para o procedimento
checado?**

☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

**Todos os profissionais da equipe confirmaram seus no-
e profissões verbalmente?**

☒ Sim ☐ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:

*A identificação do paciente;

*Local da cirurgia a ser feita;

*Procedimento a ser realizado.

☒ Sim ☐ Não

Placa de bisturi posicionada adequadamente?

☐ Sim ☒ Não

Posicionamento correto e com proteções?

☒ Sim ☐ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min.?

☐ Sim ☒ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com

Todos os integradores disponíveis?

☒ Sim ☐ Não

Cirurgião: Galvão

Auxiliar: Jafer L. Rodrigues

Instrumentador:

Circulante: Camilla / Graça

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

**Realizado contagem de compressas, gazes e
agulhas?**

☐ Sim ☐ Não

Realizado contagem dos instrumentais?

☐ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

☐ Sim, identificado peça. ☐ Não

Conservado peça?

☐ Formol ☐ Gelo

Especificado peça no prontuário?

☐ Sim ☐ Não

**Sorós de infusão, medicamentos e fluidos
administrados ao paciente estão adequadamente
identificados?**

☐ Sim ☐ Não

Paciente está com pulseira de identificação?

☐ Sim ☐ Não

CRM:

CRM:

COREN:

COREN: 413135

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/05/2020

SAME / ARQUIVO

ՀԱՅԵՐԳՈՒ ԵՎ ԵՎՐՈՊԱՅԱՆՔՈՒ (ԵՐԱՐԱՆԱԾԱՆԻՐՔԻ ԵՎ ՍԵՂՈՒՄՆԵՐԻ) ԵՐԱՐԱՆՈՒ

Գնորդը կարող է ընտրել օգտագործել հետևյալ օգնությունները՝

BOCCARDI/BOCCARDI COLLEGE & COMMUNITY CENTER

Бүсэг дэх рхитмд бодогдсонгуу өгөгдснээс харахад:

*1,1,1-TRICHLOROETHANE

.../.../.../.../.../...

☐ 250 ☐ 250

1. **THE STATE OF TEXAS, County of _____, do hereby certify that _____, of the County of _____, State of _____, is the duly qualified and authorized representative of the _____, and is authorized to execute and deliver the foregoing instrument, and to perform all acts and duties required of him in connection therewith.**

CHECK FOR CIRCULARITY

□ **РІВНЬ ВСТАНОВЛЕННЯ** лінійного масштабу в лінійній шкалі

☐ 2/10 ☐ 1/90 ☐ 1/100 or 30 days

5-23162 LEITCHMILLIGOS (TUBROUWIOUITE-17-1912) (APIL02)

2103

W161.000 COMPACTOR:

☐ 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 28

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*)

☒ Bolesti ginekološke i spolnog života

☐ **ՀԱՅԿԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՆՏՀԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՆՏԵՐՆԱԿԱՆ ԿԵՆԾՐԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ**

1975-1976

1. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՆՏՐԱԿԱՆ ԿՈՄԻՏԵ

1. The first part of the document is a list of names and addresses, which appears to be a directory or a list of contacts. The names are written in a cursive script, and the addresses are listed below them. The list includes names such as "J. B. Smith", "J. C. Jones", and "J. D. Doe", among others. The addresses are also written in cursive and include street names and city names.

Средств

2717 OBSERVATIONS
CHECK LIST DE VERIFICATION DE SURETEZ DES LIEUX

21 05 1991 12:20:22.000 00000000

RECEIVED: 20 JULY 1989; REVISED: 20 OCTOBER 1989; ACCEPTED: 20 OCTOBER 1989



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

Carlos Eduardo de Souza

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Carlos Eduardo Idade: Nº Reg.

Serviço: Ortopedia Enfº: Leito: PO 6-1

AO SERVIÇO: Ortopedia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Fratura de fêmur

Apresenta dor

Solicita

Ritmo Cirúrgico

Minutos após

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

Massoró, 12 de de 20 20

Modelo Fm 100

Médico que solicita o parecer

PARECER:

Primo Carlos

Leu Carlos Cardozo

NA SÓCIEDADE DO COTÓFONE

FILIO DO COTÓFONE DO COTÓFONE

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

PA: 120X40

Dr. Acácio Gomes
Cirurgião
CRM 10.132



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carlos E. de Souza Leito: 306-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/05/2020	PR NMF SEMUA (E) - BOG (GTRIA) - NEMMA CUNHA => H208 DR. GILSON S. SOUZA CRM: 8231 Otorrinolaringologista FEUT - 1400

PREScrição

[illegible]



HOSPITAL
WILSON ROSADO

PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

SOLICITO

ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO AMBULATORIAL.

MOSSORO, 21 DE MAIO DE 2020

Dr. Carlos E. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM - TEOT 13540

MÉDICO

PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

USO ORAL

1- CÉFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

MOSSORO, 21 DE MAIO DE 2020

Eduardo C. L. A. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
Mossoró - RN - 59.611-010

P/ CARLOS EDUARDO DE SOUZA

USO ORAL

1- NOVALGINA 1G -----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, EM CAOS DE DOR

2- TORAGESIC 10 MG -----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 5 DIAS

3- AAS 100MG -----42 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS, POR 21 DIAS

Mossoró, 21 de Maio de 2020


Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 6220/RN - TERT 1251

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PRO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

702.930.334-20

Nome

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Nascimento

29/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.643.814

05/03/2015

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

GENILDO BERNARDINO DE SOUZA
DIONEIDE VIEIRA DA SILVA

MOSSORÓ RN

29/03/1996

CERT. DE NASCIMENTO 1-A-149 F-136 RS-69789
MOSSORÓ RN-2 CARTÓRIO

702.930.334-20

U. Bezerra
Ulisses Bezerra Filho
Comendador da COLO

(LEI Nº 7.116 DE 29/03/83)

CÓDIGO DE CONTROLE

94C4.0EB9.F78E.4FC9

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:35:32 do dia 19/07/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014694384518
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RATRO	EXERCÍCIO
2	00268806225	*****	2019

NOME
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

OPF/CNPJ	PLACA
702.930.334-20	NNX4H69

PLACA ANT/RJ	CHASSI
NNX4769/RN	9C6KPI510E0003480

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSEIRO/MOTOCICLETA/HQ 2	GLIOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/FACTOR YBR125 E	2010	2011

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
3CV/134 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
R\$ 0.00	18/06/2019	1º PAGO
FADIA/PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º PAGO
009512	3X R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** 12,15 DE DETRAN: 1,25 ***		DE VAT: 0,70	

OBSERVAÇÕES
MOTOR: D308E-503479

ASSINATURA	DATA
Carlos Eduardo de Souza Coordenador de Registro de Veículos DETRAN-RN	07/02/2020

PREÇO

RN Nº 014694384518 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	07/02/2020

VIA	OPF / CNPJ	PLACA
2	702.930.334-20	NNX4H69

RENAVAM	MARCA / MODELO
00268806225	YAMAHA/FACTOR YBR125 E

ANO FAB.	DETAJE	Nº CHASSI
2010	9	9C6KPI510E0003480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FVS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM ITC SEGURO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

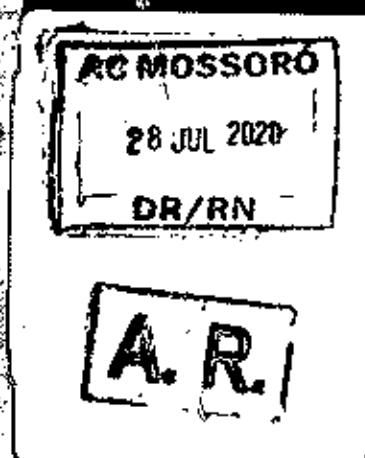
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.808/0001-04

FEV-2019



33/07



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904

number



REMETENTE / Sender

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

TELEFONE / Phone number

(84) 998 48-7177

ENDEREÇO / Address

RUA JOÃO REPOUNÇO DE MOURA, Nº 1148, APT 4

CEP / Zip

59633-650

CIDADE / City

Mossoró

UF / State

RN

PAÍS / Country

BRASIL



765000717

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"
"To recycle materials is to preserve the environment"

DEVOLUÇÃO / Return

(CN15)

- | | |
|--|--|
| ☐ Mudou-se (moved) | ☐ Falência (bankrupt) |
| ☐ Recusado (refused) | ☐ Endereço insuficiente (insufficient address) |
| ☐ Desconhecido (unknown) | ☐ Não existe o número indicado (plus delivery number) |
| ☐ Não procurado (undelivered) | ☐ Outros (other) |
| ☐ Ausente (absent) | |

Tentativas de entrega (Delivery attempts)

1ª / 1st 2ª / 2nd 3ª / 3rd

☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico
Information provided by the doorman or the condo manager☐ Reintegrado ao serviço postal em
Reintegrated to postal serviceData: / / Assinatura:
Date: / / Signature

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286599 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/5/6/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO .

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286599 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/5/6/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO .

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224867/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

CPF: 702.930.334-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS EDUARDO DE SOUZA : 702.930.334-20

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: 11/08/2020
Nome: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
CPF: 702.930.334-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Alexandre Tavares Belfort