



Número: **0804606-43.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **10/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
U. A. U. D. A. M. R. S. (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63252958	27/11/2020 13:54	2769671_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

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:	11/04/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000155669-1

Nr. da Autenticação 21F0D6FE3142B708



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Wladimir Lemos Soares

RG nº 2.354.515, data de expedição 27/03/2002, Órgão ITEP RN

CPF nº 962.614.394-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Henrique Dias
Número	1836
Apto / Complemento	CASA
Bairro	IGAPÓ
Cidade	NATAL
Estado	RIO GRANDE DO NORTE
CEP	59.104-300
Telefone de Contato	[84]9-8757-0196 / 9-9974-0266 / 9-9119-6850
E-mail	dpvatrn@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal - RN 31/01/2017

Assinatura do Declarante: Wladimir Lemos Soares





CTO SANTO ANDRÉ EPM PL 47

GISELE JUSTINO DA TRINDADE SOARES
R. HENRIQUE DIAS, 1836 - IGAPÓ
50104-300 - NATAL - RN



72110942305801350000001754630181015
Data de Postagem: 18/10/2018





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria de Fátima Rodrigues da Silva

RG nº 002.815.223, data de expedição 05/04/2006 Órgão ITDP-RN

CPF nº 081.782.444-89, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R- Planalto Central,</u>
Número	<u>1324-A</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Potengi</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59127-410</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 987570196</u>
E-mail	<u>dfvatom@hotmail.com</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua dos Potiguares, 2385 - Lajão Nova
Natal - RN - CEP 59063-090

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal RN, 31/01/2017

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima Rodrigues da Silva





Terça-Feira, 14 de Janeiro de 2017, 10:43:18
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
CNPJ 08.524.198/0005-81 | Ins. Est. 20955108-0 | www.cosern.rn.br

DADOS DO CLIENTE
GENILDA BEATRIZ SILVA DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PLANALTO CENTRAL 1324 --A

CPF: 875 087 424-20

POTÊNCIA/ÁREA URBANA
NATAL RN
59127-410

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mensal

000319485	UNICA	03/08/2016
03/08/2016	30+0000732	2002705

10/03/2016	05/07/2016
182,21	

Consumo Aéreo (KWh)
Contribuição Iluminação Pública
Multa por atraso NF 000181821 - 04/06/16
Juros por atraso NF 000181821 - 04/06/16

QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
267,000000	0,53318415	142,34
		16,23
		2,70
		0,94

TOTAL DA FATURA

182,21

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E PREÇOS									
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DO DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
000319485	CAT	18/07/16	18.527,00	03/08/16	20.084,00	26	1,0000		142,34

DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34
18/07/16	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34	16,23	2,70	0,94	142,34

7100.8113 CB08 EBCB DE20 LAMP 0204 2549

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
31 JAN 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua dos Potiguares, 2385 - Lagoa Nova
Natal - RN - CEP 59063-450





ANEXO II DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados nesse formulário não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

1 – Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

2 – Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9613/98.

Pelo exposto, eu **Wladimir Lemos Soares**, portador do RG nº **2.354.515**, expedido por ITEP-RN em **22/03/2002**, CPF/CNPJ nº **962.614.394-00**, na qualidade procurador/intermediário do beneficiário Maria de Fatima Rodrigues da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Tráfego da vítima Arthur Miguel Rodrigues Souza e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **RECUSO** Renda mensal R\$: **RECUSO** Documentos comprobatórios: **RECUSO**

Wladimir Lemos Soares
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2017
Gente Seguradora S.A. Rua dos Potiguares, 2185 - Lagoa Nova Natal - RN - CEP 59063-450

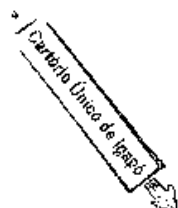




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Douglas Nascimento da Silva
RG nº 3023531, data de expedição 06/11/2013
Órgão ITP-RN, portador do CPF nº 091.199.934-55 com
domicílio na cidade de NATAL (RN), no Estado de
RIO GRANDE DO NORTE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FLOR DO CAMPO, nº 103,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Arthur Miguel Rodrigues Souza cujo o condutor era
HERLANDERSON ANTONIO S. DE SOUZA

Veículo: CARRO
Modelo: GM/CORSA GLS
Ano: 1998 - 1999
Placa: NXR 7630
Chassi: 9BG5J19PKWC627134
Data do Acidente: 07.08.2016
Local e Data: _____



Douglas Nascimento da Silva
Assinatura do Declarante

HERLANDERSON ANTONIO S. DE SOUZA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGARAPÉ
Praça São Vicente de Paul nº 12 - 5º andar - Natal/RN - CEP 59.063-450
Tel: (55) 3514-4500

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: DOUGLAS NASCIMENTO DA SILVA, VÁLIDO SOMENTE COM ESTA AUTENTICIDADE
NATAL/RN, 18 DE NOVEMBRO DE 2016.

CP 22
RS2 34

Alberto Magalhães H. de Moura - Escritário Autenticador

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2017
Gente Seguradora S.A. Rua dos Potigüres, 2385 - Lagoa Nova Natal - RN - CEP 59063-450



OFÍCIO ÚNICO

São Miguel do Gostoso - RN
Carolina Catizane de O. Almeida



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA

MATRÍCULA:

1311850155 2016 1 00006 046 0001653 24

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua dos Petigares, 2385 - Lagoa Nova
Natal - RN - CEP 59063-450

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

onze de dezembro de dois mil e quinze

DIA MÊS ANO

11/12/2015

HORA

10:49

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Natal - RN

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

São Miguel do Gostoso-RN

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Dr. José Pedro Bezerra

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

HERLANDERSON ANTONIO SILVA DE SOUZA
MARIA DE FÁTIMA RODRIGUES DA SILVA

AVÓS

TIAGO ANTONIO DE SOUZA e GENILDA BEATRIZ SILVA DE SOUZA - Paternos

MANOEL RODRIGUES DA SILVA e ANA FIDELIS DA SILVA - Maternos

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

quatro de janeiro de dois mil e dezesséis

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-69578683-2

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Inscrito no CPF 135.655.744-96. Ató registrado no Livro A-06, Fls. 46, Termo 1.653 em 04 de janeiro de 2016,
neste Serviço Notarial e Registral São Miguel do Gostoso/RN. Dou fé

Serviço Notarial e Registral Único
Oficial: CAROLINA CATIZANE DE OLIVEIRA
ALMEIDA
Rua das Ostras, 118, Centro
São Miguel do Gostoso-RN.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
São Miguel do Gostoso-RN, 05 de janeiro de 2016.

Assinatura do Oficial/Substituto

Clebia Noara R. Ribeiro da Silva
Escritor Autorizada



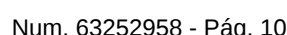
ARPENBRASIL AA 001531595 BRP





Num. 63252958 - Pág. 9

DI DISTRIBUZIONE SENSIBILE
PIÙ
CON-FUO-NO VERO TAC
31 JAN 2017
Gente Seguradora S.A.
Rassegna Finita a 21/1/2017
N. 104 21/1/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
PARTIDÁRIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DOUGLAS NASCIMENTO DA SILVA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
3023531 ITIP RN

CPF
091.199.934-55

DATA NASCIMENTO
19/01/1993

PROFISSÃO
DEMOCRITO VILELA DA SILVA
EVANILIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

NÚMERO
05924290382

VALIDADE
09/04/2017

1ª HABILITAÇÃO
06/11/2013

EXERCER ATIV REMUNERADA:

Douglas nascimento da silva

ASSINATURA DO PORTANTE
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
06/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
49560290434
RN702073647

PROIBIDO PLANTIFICAR
957955332

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
957955332



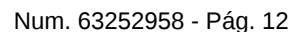
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua dos Potiguares, 2385 - Lagoa Nova
Natal - RN - CEP 59063-450





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Arthur Miguel Rodrigues Souza menor de idade, neste ato representado por seu/sua genitor (a) Maria de Fátima Rodrigues da Silva, RG 002715223 CPF 081782444-89 residente na Rua/AV Plomaltos em Bril, 1324 A na Cidade de Natal no Bairro Potengi CEP 59127-410 Telefone (84) 981570196 /

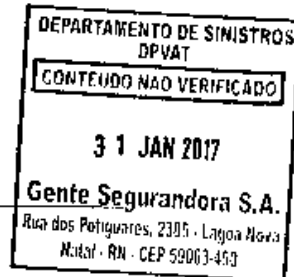
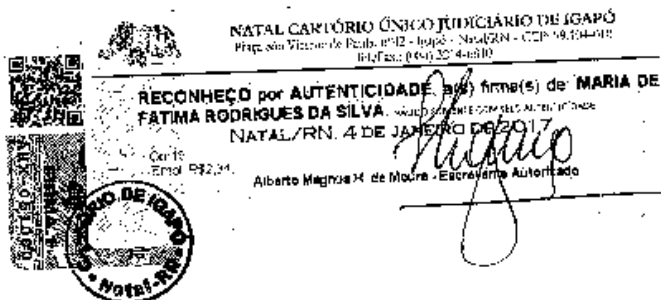
OUTORGADO: **Wladimir Lemos Soares** com CPF de N° **962.614.394-00** e RG de N° **2.354.515**, com endereço cito a **Rua Henrique Dias, 1836** no bairro de **Igapó** na cidade de **Natal** no estado do **Rio Grande do Norte**.

Pelo presente instrumento de procuração, o (s) outorgante (s) infra qualificado (s) confere (m) ao (s) outorgado (s), poderes abaixo descritos.

PODERES: Amplos poderes para requerer e praticar todos os atos administrativos que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos do SEGURO DPVAT, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder em razão de acidente de trânsito, e poderes para assinatura na Autorização de pagamento e praticar todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima: Arthur Miguel Rodrigues Souza

Natal/RN, 04 de Janeiro de 2017

x Maria de Fátima Rodrigues da Silva
Outorgante, genitor (a) favor assinar e reconhecer firma por autenticidade.



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10483722

A/C: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170078940 ASL-0046126/17
Vitima: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA
Data Acidente: 07/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00589/00590 - carta_01



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10487241

A/C: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170078940 ASL-0046126/17

Vítima: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA

Data Acidente: 07/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01615/01616 - carta_03



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2017

Carta nº: 10618414

A/C: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

Sinistro: 3170078940 ASL-0046126/17
Vítima: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA
Data Acidente: 07/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01851/01852 - carta_02



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2017

Carta nº: 10752469

A/C: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

Sinistro: 3170078940 ASL-0046126/17
Vítima: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA
Data Acidente: 07/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01631/01632 - carta_02



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10850331

A/C: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

Sinistro: 3170078940 ASL-0046126/17
Vitima: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA
Data Acidente: 07/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000155669-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00279/00280 - carta_15R



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170078940 **Cidade:** Touros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES **Data do acidente:** 07/08/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
SOUZA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM TÓRAX COM HEMOTÓRAX ESQUERDO.
TRAUMATISMO CRÂNIANO COM FRATURA FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL MAIS HEMORRAGIA
INTRA-PARENQUIMATOSA.

**Descrição do exame
médico pericial:** CICATRIZ NA FACE LATERAL DO HEMITÓRAX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO DRENAGEM DO HEMOTÓRAX ESQUERDO.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIANO.
Data da alta: DEZEMBRO DE 2016.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS DE GRAU LEVE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2017

Conduta mantida:

Observações: DEBILIDADE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS DE GRAU LEVE, SEM APRESENTAR DEBILIDADE NEUROLÓGICA.

Médico examinador: Justino Nobrega

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio- faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

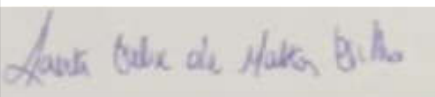
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

CRM do médico: 52.99123-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Arthur Miguel Rodrigues Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Planalto Central, 1324 A
Potengi Natal RN CEP: 59127-410
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1311850155
Data local do exame: [06/04/2017] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**TRAUMA DE TÓRAX COM HEMOTÓRAX ESQUERDO.
TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL COM HEMORRAGIA INTRA PARENQUIMATOSA.
CICATRIZ NA FACE LATERAL DO HEMITÓRAX ESQUERDO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS CRANIANAS.
Data da alta: DEZEMBRO DE 2016.
REALIZADO DRENAGEM DO HEMOTÓRAX ESQUERDO.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIANO.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DISTÚRBIO DO SONO - GENITORIO RELATA QUE O MENOR ACORDA VÁRIAS VEZES DURANTE A NOITE, FATO QUE NÃO OCORRIA ANTES DO TRAUMA.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
A SEQUELA REFERIDA NÃO TEM COMPROVAÇÃO COM EXAME NEUROLÓGICO TIPO POLISSONOGRAMA.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Justino Nóbrega
Médico Perito
CRM/RN 3.940



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PEL _____



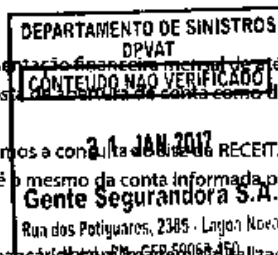
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria de Fátima Rodrigues da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.815.223 EXPEDIDO POR ITEP - RN EM 05/04/2006
CPF 080782449-89 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recuso
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Arthur Miguel Rodrigues Souza AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo POUANÇA operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta apresentada de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta a www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISO DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 200 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 155669-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Natal RN 31 de janeiro de 2017 LOCAL E DATA x Maria de Fátima Rodrigues da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771204.







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS/RN

335268

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 038/2017



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
DATA E HORÁRIO DO FATO: 07/08/2016 ÀS 18:00H
LOCAL DO OCORRIDO: RN QUE LIGA AS CIDADES DE TOUROS/RN E JOÃO CÂMARA/RN

COMUNICANTE: HERLANDERSON ANTÔNIO SILVA DE SOUZA
FILIAÇÃO: TIAGO ANTÔNIO DE SOUZA E GENILDA BEATRIZ SILVA DE SOUZA
RG: 001682785 SSP/RN - CPF: 033.640.654-11
ENDEREÇO: RUA PLANALTO CENTRAL, 1324, CONJ. SOLEDADE II, POTENGI, NATAL/RN DATA DE NASCIMENTO: 04-04-1979 NATURALIDADE: NATAL/RN
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: XXXXXXXXXX PROFISSÃO: MOTORISTA

VITIMA: ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA, NASCIDO AOS 11/12/2015, FILHO DO COMUNICANTE

DADOS VEICULAR: MARCA/MODELO: CORSA GLS PLACA: MXR 7630, COR: BRANCA, LICENCIADA EM NOME DOUGLAS NASCIMENTO DA SILVA, ANO/MODELO: 1998/1999 RENAVER: 00711423881

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA RELATAR QUE NA DATA E HORÁRIO RETROCITADOS SE DESLOCAVA SENTIDO TOUROS/RN; QUE JÁ NA ENTRADA QUE DÁ ACESSO A LAGOA DE BOQUEIRÃO, TOUROS/RN, UM VEÍCULO, NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, EM ALTA VELOCIDADE, O ATINGIU FRONTALMENTE; QUE DESMONTOU E FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MONSEÑOR VALFREDO GURGEL, NATAL/RN. NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

TESTEMUNHAS: NÃO INFORMOU

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRADO C. B.O., ENTREGUE JMA VIA AO COMUNICANTE, ENCAMINHADO PARA DESPACHO DO DPC.

TOUROS/RN, 12 DE JANEIRO DE 2017.

HERLANDERSON ANTÔNIO SILVA DE SOUZA

VITIMA/COMUNICANTE

APC ARIMATEIA - MATRÍCULA 122.865-0

RUA ADRIANA DANTAS RIBEIRO, S/N, TOUROS-RN, FONE: 3263-3980



CONFERÊNCIA

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

17 JAN 2017

☐ Maria Cynelga Moura Leite - Tabela

☐ Hélio Moura Leite - Substituto

☒ Albeton Magus Nogueira de Moura - Escrevente Autorizado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua dos Potiguares, 2385 - Lagoa Nova
Natal - RN - CEP 59063-450

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria de Fátima Rodrigues da Silva, portador da carteira de identidade nº 002.815.223 e inscrito no CPF/MF sob o nº 081.782.444-89, residente e domiciliado na R-Planalto Central, 1324 - A, Cidade Natal, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Maria de Fátima Rodrigues da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Natal RN, 31/01/2017

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2017
Gente Seguradora S.A. Rua dos Patriarcas, 2385 - Lagoa Nova Natal - RN - CEP 59063-450





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
PEDIATRIA

PACIENTE	ARTHUR MIGUEL RODRIGUES SOUZA		
DATA DE ENTRADA	07/08/2016	HORA	20:57
IDADE	0	SEXO	M
CARTÃO SUS	700007844920704	ETNIA	Pardo
		ESTADO	Soiteiro(a)
		CIVIL	
CPF	- RG -		
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA RODRIGUES DA SILVA		
NOME DO PAI	HERLANDERSON ANTONIO SILVA DE SOUZA		
NASCIMENTO	11/12/2015	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	(84) 9180-3716/(84) 8156-1638	PROFISSÃO	
RUA/AV. COMPLEMENTO	SITIO ANGICOS DE FORA Nº SN		
CEP	59585-000	BAIRRO	AREA RURAL
ORIGEM	Ambulância - Interior	CIDADE	São Miguel do Gostoso-RN
ACID. DE TRABALHO	Não	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Carro - Carro
	USUÁRIO	Celeste	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2017

Gente Seguradora S.A.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
PEDIATRIA**

PACIENTE	ARTHUR MIGUEL SILVA DE SOUZA		
DATA DE ENTRADA	07/08/2016	HORA	20:57
IDADE	0	SEXO	ETNIA
CARTÃO SUS	ESTADO	CIVIL	
CPF	RG		
NOME DA MÃE		NATURALIDADE	
NOME DO PAI		PROFISSÃO	
NASCIMENTO	01/12/2015		
TELEFONE	(84) 9180-3716		
RUA/AV.	Nº	BAIRRO	
COMPLEMENTO		CIDADE	São Miguel do Gostoso-RN
CEP		MOTIVO	Acidente de Trânsito / Carro - Carro
ORIGEM	Ambulância - Interior	USUÁRIO	Celeide
ACID. DE TRABALHO	Não		

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S.A.
Rua dos Potiguares, 2385 - Lagoa Nova
Natal - RN - CEP 59063-450

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Criança vítima de acidente automobilístico, tendo sido jogado para fora do carro.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	<i>paciente com estado geral satisfatório</i>
B	<i>aparelhado, sem sinais de desidratação</i>
C	
D	
E	

OUTRAS INVESTIGAÇÕES

TONOGRAFIA/HMWG

Data: *07/08/16* Hora: *20:57*

Técnico: *[assinatura]*

Exame: *[assinatura]*

Médico: *[assinatura]*

TC CÉREBRO

TC TÓRAX

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	RTS - SCORE FINAL

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: *07/08/16* Hora: *20:57*

Téc. Enl: *[assinatura]*

DIAGNÓSTICO INICIAL

[assinatura]

Copyright © 2016 | Sistema Arazim | (84) 99613-4442

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: *07/08/16* Hora: *20:57*

Téc. Enl: *[assinatura]*

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: *07/08/16* Hora: *20:57*

Téc. Enl: *[assinatura]*

Mãe = Mãe de Fatima Rodrigues da Silva



Ativ: SatO₂ = 99% em MV50%.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	FE = 16 bpm FE = 20 bpm Acl s/ alteração; Abd. flácido
B	Set O ₂ em o ambiente com p/ 90-92%.
C	Glasgow = 10
D	23:50 - Pulso 116 = 45%.
E	P = 9 kg Transfusão p/ Urimed.
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
A (ALERGIAS): NEGA	
M (MEDICAÇÕES EM USO):	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):	
L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	
V (PASSADO VACINAL):	
EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS
TC de C/COMPA + Col. Cervical, torácica FTT + Clorit sanguínea USG Abdome.	OUTROS
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
1) SFO 9% - 250 ml, 6V, etapa rápida, depois manter volúms.	
2) Diurético - 0,3 ml + 5ml (ABD), 6V, 6/6h, 9V	
3) Oximetria e monitorização contínua.	
4) O ₂ sob MV 50% se satO ₂ < 94%.	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 21.FEV.2017 Gente Seguradora S.A. Rua dos Potigües, 2385 - Eng. Nova Natal - RN - CEP 59063-450 CONFERE COM ORIGINAL ASSINATURA	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1: <i>[Assinatura]</i>	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 2: <i>[Assinatura]</i>	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 3: <i>[Assinatura]</i>	HORA: DATA:
Assinatura e Carimbo do Médico <i>[Assinatura]</i>	

O preenchimento correto do formulário de encaminhamento de urgência produz um código em cada mês qualificado, um arquivo transferível para registros médicos eletrônicos e protege o paciente e o profissional de saúde.



