

---

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200232965**

**Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200232965**

**Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

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



---

**Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200232965**

**Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005876-9**

Conta: **0000016143-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **082.90514-19** 4 - Nome completo da vítima: **MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 448/2012

5 - Nome completo: **MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR** 6 - CPF: **082.90514-19**  
 7 - Profissão: **RECUSOU AVENIDAS SEVERINA CORRÊA** 9 - Número: **47** 10 - Complemento: **POVOADO**  
 11 - Bairro: **POVOADO EUAGIRU** 12 - Cidade: **SAC SANTO DO NORTE** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59590-000**  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **(84)98782-0211**

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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: **0760** CONTA: **50680** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 necessária, 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 discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/mãe vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
 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) \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, **SAC SANTO DO NORTE/RN 17/07/2020**  
**MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**CAIXA**

CONTATINHOBENEF. RE. PATRONO  
DATA: 12/07/2020 HORA: 13:20:16  
NOME: MANOEL DA SILVA JUNIOR CONTROL: 2010101028

COMPANHIA PARAVISORIO DE  
DEPOSITO EM DINHEIRO

DATA CANCELADO: 07/00 019 0000000-4  
NOME: MANOEL DA SILVA JUNIOR  
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~1000~~  
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 011 96170-1175  
NUMERO DO ENVELOPE: 1691060475

Esta carta-moeda de financiamento de data antiga  
contém o valor da conta de pagamento de  
a assinatura da envelope e a verificação dos  
dados contidos

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 058290514-19 4 - Nome completo da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 058290514-19  
 7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: AVENIDA SEVERINO CORRÊA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POVOADO  
 11 - Bairro: POVOADO EUAGIRU 12 - Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (84)98782-0211

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressionado por \_\_\_\_\_  
 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: SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020  
MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) MARECOS BATISTA FABRICIO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 0582.90514-19 4 - Nome completo da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 0582.90514-19  
 7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: AVENIDA SEVERINO CORREIA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POVOADO  
 11 - Bairro: POVOADO GUAGIRU 12 - Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (84)98782-0211

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

MARCELO BATISTA FABRICIO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE  
Endereço: RUA, S/N, CENTRO, SÃO BENTO DO NORTE

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2020144000023  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/02/2020 10:37:19  
1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 25/12/2019 00:00:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: ESTRADA DO POVOADO DO GUAGIRU  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Parda  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 05829051419  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: PEDREIRO  
3.15 Telefone(s): 84 992094960  
3.17 Número: 47  
3.19 Bairro: POVOADO GUAGIRU  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.4 Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO  
3.6 Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO  
3.8 Orientação Sexual: Ignorado  
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado  
3.12 Data de Nascimento: 24/08/1978  
3.14 RG: 2109620 - ITEP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: SAO BENTO DO NORTE RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: AVENIDA SEVERINO CORREIA  
3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: 9C2HB02108R039540  
7.1.5 Placa: MYR1374  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2008  
7.1.11 Cor do veículo: AMARELA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário:  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam: 970327293  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: POP 100  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

A VÍTIMA ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA INFORMAR QUE NO DIA 25.12.2019, POR VOLTA DAS 3H, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA MYR-1374, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) QUE ESTAVA NA ESTRADA; QUE CAIU; QUE RETORNOU PRA SUA RESIDÊNCIA; QUE O VIZINHO O SOCORREU PRO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE; QUE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI ENCAMINHADO PRO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL. NADA MAIS INFORMOU.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 03/02/2020 10:37:19

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES  
Impresso por: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES em 03/02/2020 10:37:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE

Endereço: RUA, S/N, CENTRO, SÃO BENTO DO NORTE

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2020144000023

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/02/2020 10:37:19

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 25/12/2019 00:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA DO POVOADO DO GUAGIRU

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 05829051419

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.15 Telefone(s): 84 992094960

3.17 Número: 47

3.19 Bairro: POVOADO GUAGIRU

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

3.6 Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data de Nascimento: 24/08/1978

3.14 RG: 2109620 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SAO BENTO DO NORTE RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: AVENIDA SEVERINO CORREIA

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2HB02106R039540

7.1.5 Placa: MYR1374

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.11 Cor do veículo: AMARELA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 970327293

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: POP 100

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

A VÍTIMA ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA INFORMAR QUE NO DIA 25.12.2019, POR VOLTA DAS 3H, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA MYR-1374, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL( CAVALO) QUE ESTAVA NA ESTRADA; QUE CAIU; QUE RETORNOU PRA SUA RESIDÊNCIA; QUE O VIZINHO O SOCORREU PRO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE; QUE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI ENCAMINHADO PRO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL. NADA MAIS INFORMOU.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data 03/02/2020 10:37:19

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES

Impresso por: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES em 03/02/2020 10:37:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  D.A.M.S. (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - AP do sinistro (C.A.S.I.): 18/09/2014-19 4 - Nome completo do segurado: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 000.000.000  
 7 - Profissão: AGENTE DE VENDAS SEVERAL PORTARIA 8 - Endereço: AV. ...  
 9 - Cidade: CAJAZEIRAS DO NORTE 10 - Estado: RN  
 11 - CEP: 59198-220

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0-15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

12 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 13 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 14 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, sob todos os fins de direito, estar no endereço acima informado, sendo verdadeiramente o(a) (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 R\$ 0,00 a R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 a R\$ 500,000,00  
 R\$ 1.001,00 a R\$ 2.500,00  ACIMA DE R\$ 1.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (PAI, TUTOR/TUTRIZ)

CONTA POUQUANÇA (Somente para quem possui conta poupança em nome próprio)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0000 CONTA: 30690 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há laudo médico emitido por Instituto Médico Legal (IML) ou outro órgão de perícia médica em decorrência de acidente de trabalho ou doença ocupacional, que seja capaz de comprovar a incapacidade permanente para o trabalho, para fins de seguro DPVAT.  
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da última residência do segurado.  
 • O IML que atende a região do acidente ou da última residência do segurado não realizou perícias para fins do seguro DPVAT.  
 • O IML que atende a região do acidente ou da última residência do segurado realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.  
 Salvo a presença de qualquer uma das hipóteses acima, o segurado poderá solicitar a cobertura de invalidez permanente, com base na perícia médica apresentada pela administração do seguro DPVAT, não podendo, no entanto, alegar a impossibilidade de realização de perícia médica em qualquer hipótese.  
 Deverá ser apresentada documentação comprobatória de que não houve avaliação médica ou pericial, a ser encaminhada ao IML, caso haja necessidade.

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE ONIUS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Div.)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Estado Civil do segurado: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau da Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima tem filhos:  Sim  Não 27 - Se a vítima possui filhos, informar a nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima tem irmãos:  Sim  Não 29 - Se a vítima possui irmãos, informar a nome completo: \_\_\_\_\_  
 30 - Vítima tem pais:  Sim  Não 31 - Se a vítima possui pais, informar a nome completo: \_\_\_\_\_  
 32 - Vítima tem avós:  Sim  Não 33 - Se a vítima possui avós, informar a nome completo: \_\_\_\_\_  
 34 - Vítima tem outros parentes:  Sim  Não 35 - Se a vítima possui outros parentes, informar a nome completo: \_\_\_\_\_  
 Estou ciente de que a Súmula 106 da STJ, no art. 1º, inciso III, do art. 1.511 do CC/04, estabelece que a morte decorrente de acidente de trabalho não gera o direito de indenização por morte decorrente de acidente de trabalho, quando o acidente de trabalho não for o único responsável pelo óbito.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

36 - Nome legível de quem assina a pedida (assinatura): \_\_\_\_\_  
 37 - CPF legível de quem assina a pedida (assinatura): \_\_\_\_\_  
 38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_  
 39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_  
 40 - Local e data: CAJAZEIRAS DO NORTE/RN  
 41 - Assinatura do segurado ou representante: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Proprietário (se houver): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

44 - Assinatura do Proprietário (se houver)





**COSERN**

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Memos, 150, Baldo, Natal - RN CEP 59025-250  
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

FABIANA PINHEIRO VITORINO  
 CPF 075.752.944-70

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47  
 GLAJIRUVAREA RURAL  
 SAO BENTO DO NORTE RN  
 59550-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

RENDA CONTRATADA	MÊS/ANO
7013591886	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE INSCRIÇÃO PROCONSUMIDORA
27/02/2020	19/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	30,05

IDENTIFICADOR FISCAL	SERIE	EMISSÃO
037931971	UNICA	18/02/2020
APRESENTAÇÃO	PERÍODO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/02/2020	30/05/2019	2108201

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	45.0000000	0.28839775	11.99
Consumo Ativo(kWh)-TE	45.0000000	0.26241831	11.90
Acréscimo Bandeira AMARELA			0.21
Contrib. Lum. Pública Municipal			3.44
Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0.50
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0.82
Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0.46
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0.39
Atualização IOPM-NF 033421918 - 20/11/19			0.91
Atualização IOPM-NF 034926412 - 20/12/19			0.20
Compensação DIC Anual 2019			-0.36

TOTAL DA FATURA

30,05

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8094707	CAT	31/05/2019	7.502,00	18/02/2020	7.647,00	39	1.0000		45,38

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DO TRIBUTADOR			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS	VALOR (R\$)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Item	Valor (R\$)
FEV 20	45				Geração de Energia	R\$ 10,58 44,38%
JAN 20	57				Transmissão	R\$ 1,58 4,82%
DEZ 19	42				Distribuição (Coerente)	R\$ 7,41 20,82%
NOV 19	44	SCMS 23,94	0,71	0,71	Perdas de Energia	R\$ 1,30 3,70%
OUT 19	42	PIS 23,94	2,64	0,66	Encargos Setoriais	R\$ 1,72 4,71%
SET 19	44	COFINS 23,94	2,64	0,66	Tributos	R\$ 1,14 3,24%
AGO 19	45				Total	R\$ 23,88 100%

TAXAS APLICADAS	VALOR (R\$)
Imposto de Renda Pessoa Física	0,2592000
Imposto de Renda Pessoa Jurídica	0,2592000

 **IMPRIMIR****NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA****COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE**RUA MERMOSZ, 150 BALDO  
NATAL RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ: 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0  
**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétri

-TELEATE

-Atendimento ao deficiente auditiv-

Agência Reguladora de Serviç  
ARSEP 0800 727 0157 -Ligação  
Agência Nacional de E  
Ligação Gratuita c**DADOS DO CLIENTE****MARCOS BATISTA FABRÍCIO****DATA DE VENCIMENTO****04/03/2020****DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL**

26/02/2020

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

26/02/2020

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

038282729

**ENDEREÇO**RUA DO XAREU 140 -PAJUCARA/AREA  
URBANA -59133-040 NATAL RN -**TOTAL A PAGAR****R\$ 108,27****PERÍODO CONSUMO**

27/01/2020 a 26/02/2020

**CONSUMO**

144

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 16,94

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA****VIA PARA PAGAMENTO**

estaque aqui

**CONTA CONTRATO**

7002965210

**MÊS/ANO**

02/2020

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 108,27

**VENCIMENTO**

04/03/2020

**TALÃO DE PAGAME**Evite dobrar e p  
rasurar.  
Este canhoto sei  
leitora ótica.



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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20355199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

FABIANA PINHEIRO VITORINO

CPF: 075.752.344-70

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47

QUAJURUÁ/ÁREA RURAL  
 SÃO BENTO DO NORTE RN  
 59500-000

**CLASSIFICAÇÃO**

E1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

**CONTA/CONTRATO MÊS/ANO**

7013591886 02/2020

**DATA DE VIGÊNCIA/DO DÍGITO VERIFICADOR/PROGRAMA/OUTROS**

27/02/2020 19/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) **30,05**

INSCRIÇÃO FISCAL	SITUAÇÃO	EXERCÍCIO
037651971	ÚNICA	18/02/2020
APROVAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INSTALAÇÃO
18/02/2020	3010545138	2108201

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abusivo (kWh)-TUSD	45,0000000	0,26638076	11,98
Consumo Abusivo (kWh)-TE	45,0000000	0,26241631	11,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Contrib. Num. Pública Municipal			3,44
Multa por atraso-NF 033421916 - 20/11/19			0,50
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,52
Juros por atraso-NF 033421916 - 20/11/19			0,46
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,39
Atualização IGPM-NF 033421916 - 20/11/19			0,91
Atualização IGPM-NF 034926412 - 20/12/19			0,20
Compensação DIC Anual 2019			-0,36
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>30,05</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
8047537	CAT	21/01/2020	7.502,00	18/02/2020	7.947,00	28	1,0000		45,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Porcentagem
FEV 20	45				Geração de Energia	44,36%
JAN 20	57				Transmissão	4,82%
SEZ 19	40	ICMS	22,9%	0,78	Distribuição (Cosern)	30,80%
NOV 19	44	PIS	25,3%	0,84	Perda de Energia	8,30%
OUT 19	43	COFINS			Encargos Setoriais	7,17%
SET 19	46				Tributos	4,76%
AGO 19	45				Total	100%

**GRUPOS APLICADAS** 0,2442000  
 0,2500000

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS BATISTA FABRICIO  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNI inscrito (a) no CPF sob o Nº 058290514, 19  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL GERMANO DE ARAUJO JR  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 058290514, 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA DO XADREU</u>	Número: <u>140</u>	Complemento: <u>203R</u>
Bairro: <u>PAJUEARA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59139-040</u>	Tel.(DDD): <u>(84)98782-0218</u>

Local e Data:

NATAL/RN 25/03/2020

MARCOS BATISTA FABRICIO

Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67269 /2019

Admissão: 25/12/2019 10:09:05

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR (41 a 4 m 1 d)  
Nascimento: 24/08/1978 Natural: SAO BENTO DO NORTE. BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 706205562095361 CPF: 05829051419 Prof:  
Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO  
Logradouro: GUAJIRU, 1  
CEP: 59590000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO BENTO DO NORTE  
Telefone: 84 .92094960 Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL  
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO COM DR PEDRO PAULO					Classificação: 25/12/2019 10:05:50				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + TRAUMA NO MSD  
Hora: 10:05

Paciente vítima de acidente de moto, direção colisão  
moto/animal. Refere que o impacto foi no MSD.  
neste TCE, trauma torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP
- B Gurgulico
- C Estável
- D ECO S
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen e Pelvis livres.

\*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

**RAIOS-X**  
Realizado em: 26/12/19  
Técnico: [Assinatura]

EXAME FÍSICO (SEGUNDARIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) nenh

M(MEDICAÇÃO EM USO) nenh

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) nenh

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) atual

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX Braço e ombro e APN

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

① Cura da C6

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dra. Mariana C. Gomes  
R Cirurgia Geral  
CRM/RN 946

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	ORTOPEDIA	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA A JUIZ A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTAIS) 3 - ABARRA VIA AÉREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OLHOS, SENTIDOS 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILADORES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 100% (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEAF, 8 - DEAF DISPONÍVEL: ANALISE O RÍTMO, 9 - RÍTMO CHOCÁVEL: APLIQUE 360 (300 F/DEAF BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RÍTMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE CIRCULÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEAF, 12 - DEAF DISPONÍVEL: ANALISE O RÍTMO, 13 - RÍTMO CHOCÁVEL: APLIQUE 360 (300 F/DEAF BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 14 - RÍTMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 15 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE, 16 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:** *Ortopedia*

**ANAMNESE** *Paciente c/ fratura distal de úmero  
D após trauma.*

**EXAME FÍSICO** *deficit motor MSU*

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\***

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**OUTROS**

**CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

*Pino de fechamento  
Internação p/ cirurgia  
de urgência na MR*

*Filipi Ranieli Atlas  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião do Pêlo Torçozelo  
CRM RJ 8863 TEOT 15251*

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

*CONFERE COM DIVISÃO  
MATERIAL 23.01.20  
Nº 184 (RS)*

*CA*

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, e data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas conscientemente, mas não há alguma desorientação e confusão)	4
Falares inapropriadas (Pala aleatória, mas sem troca de palavras e sons.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeos sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Desorientação).	3
Padrão extensor à dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR		PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	=4
	9-12	=3
	6-8	=2
	4-5	=1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	30	=0
	10-29	=1
	3-9	=2
	1-2	=3
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90	=0
	70-89	=1
	50-69	=2

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)**

03 - Grave (necessidade de intubação imediata);  
08 - Moderado;  
14 - Leve

\* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala de Glasgow solicita-se ao doente que classifique a lateralidade de seu dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Posi
0	1	2	3	4

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Sim indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptada de Champion W.R, Shack W.L Copes, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(3) 424, 1995.

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **157426 MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

Prontuário:

CNS: 706205562095361

Nascimento: 24/08/1978

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

Endereço: SITIO GUAJIRU, 1 - ZONA RURAL - SAO BENTO DO NORTE

Fone: 92094960 /

Município: SAO BENTO DO NORTE

Código Municipal IBGE:

241160 UF: RN

CEP: 59590-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 38002 / 2019

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DE UMEMO DIREITO APÓS TRAUMA.  
SEM DEFICIT MOTOR EM MSD.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RX + CLINICA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

VER ACIMA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO\*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Faz Antibioticoterapia Diabetes Hipertensão Obesidade Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

FILIPPI RANIERI ALVES

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RN 15751

CRM: 6963 / RN

Data da Solicitação 25/12/2019

**PREENCHER EM CASOS DE ACIDENTES EXTERNOS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)** Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



**Identificação**

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 25/12/2019 Alta: 1/1/  
 Nome: Manoel Germano de Araújo Junior Naturalidade: S. Borb. do Norte  
 Idade: 41 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 24/08/1978  
 RG: 2.109.620 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: fundamental  
 Filiação: Pai: Manoel Germano de Araújo  
 Mãe: Linacira Silveira de Araújo  
 Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_  
 Telefone: celular - Wagnir - 991075980 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
 Composição familiar: Mãe, pai, irmã e acompanhante  
 Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrpicos

**Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária**

Atividade desenvolvida: pedreiro Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
 ( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
 Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
 Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

**Forma de Acesso ao Serviço**

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU  
 ( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios \_\_\_\_\_  
 ( ) Encaminhado: Hospital de origem: São José do Norte

**Crterios para Acompanhante**

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
 Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
 Responsável pelo paciente: Elaine Silveira de Araújo  
 Parentesco: irmã Telefone: 91802212  
 Endereço do Responsável: o mesmo

**Evolução**

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

pac. vítima de acidente de motor  
 veículo. Iniciais lesões ósseas e glomerulares.

**Saída**

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
 Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_  
 Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_



**Identificação**

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 25/12/2019 Alta: 1/1/  
 Nome: Manoel Germano de Araújo Junior Naturalidade: S. Barb. do Norte  
 Idade: 41 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 24/08/1978  
 RG: 2.109.620. Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: fundamental  
 Filiação: Pai: Manoel Germano de Araújo  
 Mãe: Lucrecia Silva de Araújo  
 Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_  
 Telefone: telefone - Urgência - 991075980 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
 Composição familiar: morar com a mãe e a acompanhante  
 Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrpicos

**Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária**

Atividade desenvolvida: pedreiro Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
 ( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
 Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
 Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

**Forma de Acesso ao Serviço**

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares  
 ( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
 ( ) Encaminhado: Hospital de origem: SAB Ps - L do mesmo

**Crítérios para Acompanhante**

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
 Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
 Responsável pelo paciente: Lucrecia Silva de Araújo  
 Parentesco: irmã Telefone: 91302212  
 Endereço do Responsável: o mesmo

**Evolução**

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

pac. vítima de acidente de trânsito  
 cavaleiro - motocicleta lesões ósseas e articulares.

**Saída**

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
 Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_  
 Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

FIA: 4-12386/2019

Idade: 41 ano(s) 4 mes(es) e 1 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - PS - ORTOPEDIA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontoário: 1192300

Peso:

Data Internação: 25/12/2019 11:30

Início Validade: 25/12/2019 12:32 até 26/12/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 1003

Médico Resp.: 846-FILIPPI RANIERI ALVES

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

25/12/2019 12:33:33 - Paciente com fratura diafisária de úmero D.  
SEM DEFICIT MOTOR EM MSD.

AGUARDA TRANSFERENCIA P/ CIRURGIA DE URGENCIA, VIA NIR.

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**NUTRIÇÃO**

1 - LIVRE

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

**MEDICAMENTO**

2 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML  
SIST. F

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

4 - TENOXICAN 40MG - PO

5 - OMEPRAZOL 20 MG

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

**CUIDADOS**

6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão e Tornozelo  
CRM-6963/RN

FILIPPI RANIERI ALVES

CRM-6963/RN

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 23/01/20  
MAT. Nº 152577  
CF  
ASSINATURA

HOSPITAL MONSENHOR W. FREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12386 /2019

Prontuário: 1192300

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
Cartão SUS: 706205562095361 CPF: 05829051419 Dt Nasc: 24/08/1978  
Idade: 41, anos 4 meses 1 dia Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO  
Nome da mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO  
Nome do pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO Nº: 1  
Rua/Av: GUAJIRU Bairro: ZONA RURAL  
Complemento: Cidade: SAO BENTO DO NORTE  
CEP: 59590000  
Telefone: 84 92094960 84 92094960  
Especialidade: ORTOPEDICA Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1003  
Responsável: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR -  
Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

Admissão: 25/12/2019 11:30:30 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.3 - FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO  
408020393 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura defixada de úmero D

RESUMO DE ALTA

Apresenta transferência / cirurgia em NIR

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM RN 6963/TEOT 15251

RECEBERE SEM ORIGINAL  
NATAL 23/01/20  
MATEUS  
ASSINATURA

NATAL, 25 de Dezembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10



ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.109.620	DATA DE EXPIÇÃO	09/07/2018
NOME	MANDEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR		
FILIAÇÃO	MANDEL GERMANO DE ARAUJO LINDALVA SILVA DE ARAUJO		
NATURALIDADE	SÃO BENTO DO NORTE RN	DATA DE NASCIMENTO	24/08/1978
CERT. DE NASCIMENTO	L-A04 F-52 RG-1380	SÃO BENTO DO NORTE RN-CARTORIO UNICO CARTORIO	
CPF	058.290.514-19	2a. VIA	

Joseias Ferreira do N. Junior  
Diretor de Identificação Civil

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200232965 **Cidade:** São Bento do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.  
P 1.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DE MEMBRO SUPERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ P 1.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PEDEIRO, portador(a) do RG  
2109620, órgão expedidor ITP/RN do CPF: 058290514-19, residente  
no(a) AVENIDA SEVERINO CORREIA nº 47,  
bairro: POUCADO GUATIRAU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

## OUTORGADO:

Nome: MARCELO BATISTA FABRICIO, brasileiro(a)  
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG  
1345340, órgão expedidor SP/RN e do CPF: 802784051-20, residente  
no(a) RUA DO XARU nº 140,  
bairro: PAJUEIRA, município: NATAL, RN.

### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020  
Local e Data



MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Ofício Único de Notas de São Bento do Norte - RN

Rua Álvaro Pires 284 - Fone: 33-6930.0000 - Telex: 330920  
CNPJ nº 06.953.110-804-02

Reconheço AUTÊNTICA a firma de MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

assinada na presença. Ocu fe  
SÃO BENTO DO NORTE/RN 3 de Fevereiro de 2020 09:54:38

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tm-jus/selo>

Selo Digital: RN202003264970001854KINP



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PEDEIRO, portador(a) do RG  
2109620, órgão expedidor ITOP/RN do CPF: 058290514-19, residente  
no(a) AVENIDA SEVERINO CORREIA nº 47,  
bairro: POUCADO GUATIRU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

### OUTORGADO:

Nome: MARCELO BATISTA FABRÍCIO, brasileiro(a)  
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG  
1375340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 805785051-20, residente  
no(a) RUA DO XARÉ nº 140,  
bairro: PAJUEIRA, município: NATAL, RN.

#### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020  
Local e Data



MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Magno Peixoto de Oliveira  
CPF: 095.310.804-02  
NOTÁRIO / SUBSTITUTO

Ofício Único de Notas de São Bento do Norte - RN

R. A. Pereira Pimenta 784 - Tel: (54) 3692.1111 - Tel: (54) 3692.2111  
M. J. A. P. L. S. S. E. E. G. E. S. S. E. S.

Conteúdo AUTÊNTICA a firma de MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

assinada na presença. Dou fé  
SÃO BENTO DO NORTE/RN 3 de Fevereiro de 2020 09:54:38

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjn-jus/selo>

Selo Digital: RN202000984970001854NNP



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128285/20

**Vítima:** MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

**CPF:** 058.290.514-19

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 25/12/2019

**Titular do CPF:** MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARCOS BATISTA FABRICIO : 806.785.054-20

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

### MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR : 058.290.514-19

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](http://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: 04/05/2020  
Nome: MARCOS BATISTA FABRICIO  
CPF: 806.785.054-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

MARCOS BATISTA FABRICIO

GERCIA LOURENCO DA SILVA