

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: 24/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO PAULO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000092896-9

Nr. da Autenticação BE87690E99F59CEF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287093 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO PAULO DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA. PG. 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P5/8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287093

Vítima: RENATO PAULO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO PAULO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287093

Vítima: RENATO PAULO DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO PAULO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RENATO PAULO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000763

Conta: 0000092896-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 072.875.434-78 3 - CPF da vítima: 072.875.434-78 4 - Nome completo da vítima: Renato Paulo dos Santos

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

5 - Nome completo: Renato Paulo dos Santos 6 - CPF: 072.875.434-78

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Lírio Vazquez Grande 9 - Número: 121 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Lucrécia 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59805-000

15 - E-mail: renatoepalme@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (84) 9.9624-0048

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0763 CONTA: 00092896 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (ou 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(s) (filhos)? ☐ 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 provarão 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 ou rubrica ou assinatura não alfabetizada

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, Lucrécia 10 de março de 2020

x Renato paulo dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000017
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 27/01/2020 11:19:00
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/12/2019 09:10:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Arma branca
2.6 Tipo do local: Em Veículo
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: LUCRÉCIA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RENATO PAULO DOS SANTOS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.15 Telefone(s): 84 999555978
3.17 Número: SN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.2 Estado civil: União Estável
3.4 Pai: JOSE FERREIRA DOS SANTOS
3.6 Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 25/05/1989
3.14 RG: 002771131 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: FRUTUOSO GOMES RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN
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: *****12458
7.1.6 Placa: PAI8425
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOANDERSON MARTINS PIRES
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG150 FAN ESDI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA SEGUINDO NA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, BATENDO NO MEIO-FIO E CAÍDO; QUE DEVIDO ACIDENTE O COMUNICANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU (QUEBROU) A TÍBIA DA PERNA ESQUERDA; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 27/01/2020 11:19:00

Policial

Interessado

Polgár direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA
Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 27/01/2020 11:19:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000017

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/12/2019 05:10:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Arma branca

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RENATO PAULO DOS SANTOS

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s): 84 999555978

3.17 Número: SN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 27/01/2020 11:19:00

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: LUCRÉCIA

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

3.6 Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 25/05/1989

3.14 RG: 002771131 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO VÁRZEA GRANDE, ZONA RURAL DE LUCRÉCIA/RN

3.24 CEP:

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: *****12450

7.1.5 Placa: PA18425

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOANDERSON MARTINS PIRES

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Revivam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG150 FAN ESDI

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

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

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA SEGUINDO NA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO, EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, BATENDO NO MEIO-FIO E CAÍDO; QUE DEVIDO ACIDENTE O COMUNICANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU (QUEBROU) A TÍBIA DA PERNA ESQUERDA; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELA MÉDICA RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN Nº 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 27/01/2020 11:19:00

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 27/01/2020 11:19:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
BR 405, Km 03, Bairro Arizânia, Pou dos Feijões RN, Telefax (84) 33.51-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS		TEL:		Nº REG: 440161	
Nas: 25/05/1989	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002.771.131
Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS			Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS		
Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE			0 ZONA RURAL	LUCRECIA	RN
Responsável: CNS- 707 4050 2676 3071			TEL:		
Endereço do Responsável: FONE 84 99835 0099					

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 29/12/2019	Hora admissão: 08:01	Data da Alta:
Hora da Alta:		
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:		

Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Tram para (E)
que fude a moche

o def sumoventor
p + 00 / 00 final comunitaria

Lesões ou afecções encontradas

As perf litio (E)
co loco impunibilidade
infancia + SIS KEG

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora:

08:03

CRM

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Tm3 @ AP/P.

CONDUTA:

Dr. Maxsuelton Alves
CRM: 20.789 / 0-15227
Ortopedia e Traumatologia
S. J. 11/01/2017

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 24/12/17 hora: _____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☒ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transfereência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 - Km D3 - Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

EVOLUÇÃO MÉDICA

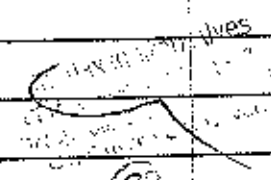
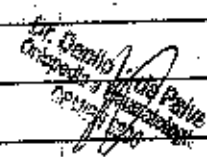
ENFERMARIA:

LEITO:

NOME: Fernando de Souza

IDADE: _____

REGISTRO: _____

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
29/12/12	<u>Ortopedia</u> Fratura de fêmur (E) com remissão de osteomielite. GP & de membros. + ur + febre com contusão/ CS infusão 200 + 515 RBC 
30/12/12	# FX dos ossos da perna (E) PTE EVOLUINDO BEM, SEM OUEIXAS, SEM SINAIS DE TVP. EM USO DE TALA + CBO no MIE. CARTAS: - VPM - ALVARA CLAVIERA 
31/12	# FX dos ossos da perna (E) PTE BEM, SEM OUEIXAS, SEM TVP. CARTAS: - ALVARA CLAVIERA - VPM 



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

89 485, Km 03, Bairro Anjoas, Pou das Flores RN, Telefone (84) 3351-9540

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS						PRONT: 98563	
Nas 25/05/1989	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002.771.131		
Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS			Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS				
Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE			0	ZONA RURAL			
Cidade: LUCRECIA		UF: RN		Responsável:	CNS- 707 4050 2676 3071		
Endereço do Responsável FONE 84 99835 0099							
Serviço: 1 -C. Cirúrgica			Enfermaria 34		Leito: 3		
Admissão: 29/12/2019			Data da Alta: 02.01.20		Dias de Permanência: 04		
Diag Inicial:							
Diag Principal:							

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

Tratado com antibiótico (E).

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora:

10:28

[Assinatura]

MAXUELTON ALVES
Médico: CRM 15233
CPF

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante

2 - CNES

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

4 - CNES

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

2 4 0 9 2 7 5

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente

RENATO PAULO DOS SANTOS

Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº

8 - Documento

002.771.131

6 - Nº do prontuário:

98563

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

Raza/cor

BRANCO

8 - Data de Nascimento

25/05/1989

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SITIO VARZEA GRANDE

0

ZONA RURAL

13 - Município de Residência

LUCRECIA

14 - Código IBGE Município

15 - UF

RN

16 - CEP

57.805-000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

Falt. de John (E)

18 - Condições que Justificam a Internação

Fto. cirurgico

19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

No

20 - Diagnóstico Inicial

Falt. John (E)

21 - CID 10 Principal

5822

22 - CID 10 Secundário

Y843

23 - CID 10 Causa Associada

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

Ortopedia de John (E)

25 - Código do Procedimento

0301060070

26 - Clínica

27 - Caráter Internação

05

28 - Documento

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

MAXUELTON ALVES

31 - Data Solicitação

29/12/2019

32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)

Dr. Maxuelton Alves
CRM/RN/1569 TEO
Ortopedia e Traumatologia

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

38 - CNPJ da Empresa

37 - Nº do Bilhete

39 - Série

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor

M 240940704

Número da Autorização

45 - Documento

CNS ☐ CPF ☐

46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

47 - Data Solicitação

48 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

29/12/2019



Rua Monte Sinai, 1048 - Capim Macio - CEP 59078-360

CNPJ 09.117.742/0001-91

FOFONE: (84) 4008-5000

RENATO PAULO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUPRA CITADO(A) FOI SUBMETIDO A
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TÍBIA ESQUERDA (FRATURA) NO
DIA 24/01/2020, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

CID: S82.2

Atenciosamente,

Dr RANIERE NICACIO

CRM RN 7517



Natal, 24 DE JANEIRO de 2020.



GOVERNO DO
NATAL
A NOVA CIDADIA

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
 PACIENTE: Renato Paulo da Silva Prontuário: _____
 Endereço: _____
 Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: _____
 Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Retorno por atendimento
Fratura de 1ª Bm Distal (E)
 Resultado dos Exames: _____
 Tratamento Já Realizado: _____
 Impressão Diagnóstica: _____ CID: _____
 _____ CRM _____ DATA 10/02/2020
 Daniele Nicácio de Medeiros Silva
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM/RN 75177-0001

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a Especialidade: Ortopedia
 Consulta marcada para a Unidade: CON de Paulo Vargas Município: _____
 Para o Dr. Danielle Nicácio de Medeiros Silva às _____ horas do dia 10/02/2020
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 75177-0001
47 ou 18

SUS - RN

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
 PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____
 Resultado dos Exames Realizados: _____
 Diagnóstico: _____ CID: _____
 Consulta: _____
 Observações: _____
 _____ CRM _____ DATA _____
 Médico



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Renato Paulo dos Santos Idade: 30
End: Rua Vazza Grande Bairro: Zona Rural
Cidade: Lucrécia RN Sexo: ☒ M ☐ F
Hora: 5:30 Lucrécia/RN 19 de Dezembro de 2019

História: Acidente de trânsito motociclístico
apresenta dor, edema e alteração de
M.I.E

Exame Físico: A: VA púrpura ao ar ambiente
B: MV+ em AMT, Sat 98%
C: bulhas cardíacas rítmicas e regulares em 2 T
D: glauco 15, pupilas isocóricas fotoreativas

T.A. 130x90 MMHG Pulso: Respiração: Temp:

Diagnóstico Provisório: Trauma Perna E (fratura de Tibia)

Conduta: 1) Voltar em 15 mg 3x
2) Diclofenaco 4 mg 1x 3x
3) Imobilização

Observação de Enfermagem

- ☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ A revelia
☐ Óbito Data: / / às hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Laiá da Costa

Para: Hospital Regional de

Lucrécia RN

Dra. Rafaelly de Moraes

Médica

CRM/RN - 8650

Médico Carimbo

Chefe de plantão

Responsável

CLÍNICA FISIOESTE

Renato P. do Santos

Releitura médica

Paciente com fim de vida
de modo com dor em
perna (E). Submetido a
tratamento cirúrgico do
pé de tibia (E). Em
reabilitação. Surto oportuno
por 90 dias.

CID: 8823.

Dr. Maximiliano Aires

C.R. 000.000

C.R. 000.000

C.R. 000.000

22/06/2022

Av. Francisco Costa, Nº 495, Centro, Lucrecia-RN 84 99818-1410
fsioeste.rn@gmail.com Instagram: @fsioeste.rn 84 99673-5770

01/01/20 II FX. DIAPYCNIA - DA TÍBIA

POTE EVOLUINDO BEM, SEM DOR,
SEM SINAIS DE TVP.

CONDIC - ABUNDAS CIRCULARES
- VPM

Dr. Danilo de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15179

02/01/2020 - Paciente em BEG sem queixas.

CD = solicito risco cirúrgico

Fabiano Dantes de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 15179
CRM 15179

02/01/2020

Paciente com fratura fechada da tíbia,
com fixação em boas condições.

CD = alta hospitalar para o paciente
aguardar procedimento cirúrgico
em domicílio.

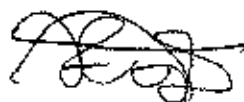
Fabiano Dantes de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 15179
CRM 15179

HOSP. DR. GLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - RN 01/02/2020



Francisco Filho Costa

Chefe do Setor de Faturamento
Pavilhão N° 0005



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizond, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS		TEL:	Nº REG: 440161
Nas 25/05/1989	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR
Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS		Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002.771.131
Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS		RN	
Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE	0 ZONA RURAL	LUCRECIA	TEL:
Responsável: CNS- 707 4050 2676 3071			
Endereço do Responsável: FONE 84 99835 0099			

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 29/12/2019	Hora admissão: 08:01	Data da Alta:
Hora da Alta:		
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:		

Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Tram para a mãe

21/01/2020

Tram para a mãe
do def. num. 1000000000
do + 00 / 00 0000000000

Lesões ou afecções encontradas

do def. 1000000000
do 1000000000 + 1000000000

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 08:03

CRM

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx. Tm3 (E) AP/P.

CONDUTA:

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 15227
Ortopedia e Traumatologia

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 24/12/19 hora: _____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☒ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐
Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transfereência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 - Km 03 - Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME:

Fernando de Souza

IDADE:

REGISTRO:

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
29/11/19	Dito anterior
	Fechado de fimo (E) com remissão de osteomielite.
	GP & dy membranas. & fur & furosemida com diurético
	S Infusão 200 & SLS RGO
30/11/19	FF FX dos ossos da perna (E)
	PETE EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS, SEM SINAIS DE TVP. Em uso de TALA TUDO NO NIE.
	CARDIAC: - VPM
	- ABUNDANTE CLAVICULA
31/11/19	FF FX dos ossos da perna (E)
	PETE BEM, SEM QUEIXAS, SEM TVP
	CARDIAC - ABUNDANTE CLAVICULA
	- VPM

Dr. Danilo J. de Paula
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Danilo J. de Paula
Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizono, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: RENATO PAULO DOS SANTOS				PRONT: 98563	
Nas 25/05/1989	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002.771.131
Pai: JOSE FERRIERA DOS SANTOS			Mãe: RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS		
Endereço: SÍTIO VARZEA GRANDE		0	ZONA RURAL		
Cidade: LUCRECIA		UF: RN		Responsável:	CNS- 707 4050 2676 3071
Endereço do Responsável FONE 84 99835 0099					
Serviço: 1 -C. Cirúrgica			Enfermaria 14		Leito: B
Admissão: 29/12/2019			Data da Alta: 02.01.20		Dias de Permanência: 04
Diag Inicial:					
Diag Principal:					

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

Frut John de Toledo (E)

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora: 10:28

MAXUELTON ALVES
Médico: CRM 15233
CPF

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante

2 - CNES

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

4 - CNES

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

2 4 0 9 2 7 5

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente

RENATO PAULO DOS SANTOS

Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº6 - Documento
002.771.1316 - Nº do prontuário:
985637 - Cartão Nacional de Saúde
0Raça/cor
BRANCO8 - Data de Nascimento
25/05/19899 - Sexo
1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

RAIMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SITIO VARZEA GRANDE

0

ZONA RURAL

13 - Município de Residência

LUCRECIA

14 - Código IBGE Município

15 - UF
RN16 - CEP
59-805-000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

Furt. de Idoso (G)

18 - Condições que Justificam a Internação

Fto. cirurgica

19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Rto

20 - Diagnóstico Inicial

Furt. Idoso (G)

21 - CID 10 Principal

5822

22 - CID 10 Secundário

Y848

23 - CID 10 Causa Associadas

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

Ortopedia de Idoso (G)

25 - Código do Procedimento

0301060070

26 - Clínica

27 - Caráter Internação

28 - Documento

29 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

1 - C. Cirúrgica

05

CNS ☐ CPF ☐

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

MAXUELTON ALVES

31 - Data Solicitação

29/12/2019

32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)

Dr. Maxuelton Alves
CRM/RN 7569 Teo. 19823
Ortopedia e Traumatologia

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

39 - CNPJ da Empresa

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor
M 240940704

Número da Autorização

45 - Documento

CNS ☐ CPF ☐

46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

47 - Data Solicitação

48 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

29/12/2019



PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

Rua Monte Sinai, 1048 - Capim Macio - CEP 59078-360

CNPJ 09.417.742/0001-91

FONE: (84) 4008-5000

RENATO PAULO DOS SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUPRA CITADO(A) FOI SUBMETIDO A

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TÍBIA ESQUERDA (FRATURA) NO

DIA 24/01/2020, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE

AFASTAMENTO DO TRABALHO.

CID: S82.2

Atenciosamente,

Dr RANIERE NICACIO

CRM RN 7517

Natal, 24 DE JANEIRO de 2020.



SECRETARIA DE
NATAL
A NOVA CIDADE

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
PACIENTE: Renato Paulo da Silva Prontuário: _____
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

Ator no pós-operatório

Resultado dos Exames:

Fratura de 1ª Bm Distal (B)

Tratamento já Realizado:

Impressão Diagnóstica:

CID: _____

Baniere Nicácio de Medeiros Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 751740629

CRM

DATA

12 / 02 / 2020

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a Especialidade ORTO
Consulta marcada para a Unidade CON de Paulo Borges Município: _____
Para o Dr. Baniere Nicácio de Medeiros Silva às _____ horas do dia 12/02/2020
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 751740629

41 ou 18

SUS - RN

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames Realizados:

Diagnóstico:

CID: _____

Consulta:

Observações:

Médico

CRM

DATA



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Renato Paulo dos Santos Idade: 30
End: St. Vazza Grande Bairro: Zona Rural
Cidade: Lucrécia RN Sexo: ☒ M ☐ F
Hora: 5:30 Lucrécia/RN 19 de Dezembro de 2019

História: Paciente acidentado motociclistico
apresenta dor, edema e deformação de
M.I.E.

Exame Físico: A: VA piroia ao ambiente
B: MV+ em AMT, Sat 98%
C: bulhas cardíacas rítmicas e regulares em RT
D: glauco 15, pupilas isocóricas fotostáveis.

T.A. 130x90 MMHG Pulso: Respiração: Temp:

Diagnóstico Provisório: Trauma Perna E (fratura de Tibia E)

Conduta: 1) Voltar em 15mg/24h
2) Diclofenaco 4mg/24h
3) Mobilização

Observação de Enfermagem

- ☐ Retirou-se por decisão Médica
☐ A pedido
☐ À revelia
☐ Óbito

Data: / / às hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lala da Costa

Para: Hospital Regional de

Lucrécia RN

Dra. Rafaelly de Moraes

Medica

CRM/RN - 8650

Medico Carimbo

Chefe de plantão

Responsável

CLÍNICA
FISIOESTE

Renato P. do Santo.

Relatório médico

Paciente cu' fim de carta-
ta de mto com dor em
perna @. Submetido a
tratamento cirúrgico do
pupilo de tibia @. Em
reabilitação. Surto oportuno
por go dor.

CID. S823.

Dr. Maxcington Alves

CRM 10.000

C.R. 10.000

C.R. 10.000

Av. Francisco Costa, Nº 495, Centro, Lucrécia-RN 84 99818-1410
fisioeste.rn@gmail.com Instagram: @fisioeste.rn 84 99673-5770

01/01/20 II FX. DIAPYCNIA - DA TÍBIA

POTE EVOLUINDO BEM, SEM DOR, SEM
SEM SINAIS DE TVP.

CONTA: - ABARDA CIRCULAR
- VPM

Dr. Danilo de Paiva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15176

02/01/2020 - Paciente em BEM sem queixas.

CD = baixo risco cirúrgico

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT: 15176
CRM: 15176

02/01/2020

Paciente com fratura fechada da tíbia
com fuso em boas condições.

CD = alta hospitalar para o paciente
aguardar procedimento cirúrgico
em domicílio.

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT: 15176
CRM: 15176

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

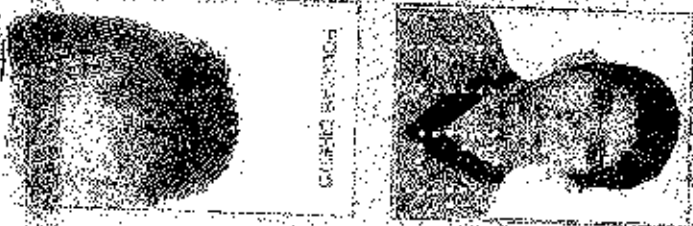
CONFERE COM O ORIGINAL

PAU DOS FERROS - RN 20/02/2020

Francisco Hélio Costa

Chefe de Seção de Faturamento
Portaria Nº 08/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNOLÓGICO DE POLÍCIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



RENATO PAULO DOS SANTOS

CANTÃO DE MONTAÑE



CORREIOS

CPF

Cartão de Identificação Pessoal

002.771.131

VALIA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

002.771.131 21/12/2005

RENATO PAULO DOS SANTOS

JOSE FERREIRA DOS SANTOS

RAYMUNDA NEUMA DA COSTA SANTOS

FRUTUOSO GOMES DA

CERT. DE NASCIMENTO L-405 F-71 RG-2892 25/05/1989

LUCRECIA RN-UNICO CARTORIO

1a. Via

LEI 7.116 DE 1983

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Renato Paulo dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: União Estável, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 29/12/2019,
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002771131, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 072.875.434-78, residente no(a)
Sítio Várzea Grande nº s/n,
bairro: Zona Rural, município: Lucrécia / RN.

OUTORGADO:

Nome: Edineide Suassuna Dias Moura, brasileiro(a)
estado civil: solteira, Profissão: Advogada, portador(a) do RG
002585997, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 065.107.534-30, residente
no(a) Rua Chiquinho Galdino nº 472,
bairro: Centro, município: Lucrécia / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro **DPVAT**, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Lucrécia, 02 de julho de 2020.

Local e Data

x Renato Paulo dos Santos

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186924/20

Vítima: RENATO PAULO DOS SANTOS

CPF: 072.875.434-78

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO PAULO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA : 065.107.534-30

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

RENATO PAULO DOS SANTOS : 072.875.434-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2020
Nome: EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA
CPF: 065.107.534-30

EDINEIDE SUASSUNA DIAS MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

ALCIMARIA DA SILVA LIMA