

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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200379109

Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA UDENILMA DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REJEANE BEZERRA DA COSTA

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.

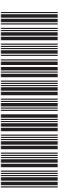
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200379109 **Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA**

Data do Acidente: 22/07/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA UDENILMA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REJEANE BEZERRA DA COSTA

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 inferiores 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: REJEANE BEZERRA DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003226-3

Conta: 0000074791-2

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

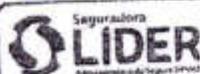
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

1054995304-32

4 - Nome completo da vítima:

Regiane Bezerra da Costa

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

5 - Nome completo:

Regiane Bezerra da Costa

6 - CPF:

054995304-32

7 - Profissão:

Autônoma
Paridóis

8 - Endereço:

Av. Venceslau Braga
10270-010

9 - Número:

323

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Maceió

13 - Estado:

AL

14 - CEP:

57630-340

15 - E-mail:

(84) 99827-0066

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$7.000,00
 ACIMA DE R\$7.000,00

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 4395 5 CONTA: 43.546 5

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor na indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconfirmando 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 9.614/74), 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 do análise da mina perícia 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, as custas 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (ivo 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

30 - Vítima deixou herdeiros (filhos/neta)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Sim Não33 - Vítima deixou filhos vivos? Sim Não

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

NÃO APARECE Z.D.O.

14

34 - Nome legível de quem assina o pedido (à mão)

35 - CPF legível de quem assina o pedido (à mão)

36 - Assinatura de quem assina o pedido (à mão)

40 - Local e Data,

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Horas - M 08/09/2020

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RESERVA LINHAS



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

FIG. 10C. N° 5. 1980.



Maiores dívidas acesso: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvalsseguro.com.br](http://dpvalsseguro.com.br). Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por CHRYSTIAN NICOMAH, matr. 1460412, Poder Executivo Federal, em 20/11/2017, conforme Instrução Federal de Brasília, nº 01 - Instruções para o uso da Meia de Amnistia nº 2/2012, ce 26 de agosto de 2007, no art. 5º da Portaria nº 0.539, de 9 de outubro de 2011, no artigo 6º da Instrução nº 2/2014 do Instituto nº 01, de 10 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser verificada no site www.poderexecutivo.gov.br. Informando o número: 20034957301 e o número de assinatura: 11HC1010050200E1245FMr/240841-1.

194



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20034997B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 22/07/2020 Hora: 19:40 Município: MOSSORÓ/RN
BR: 405 KM: 2,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: GERMANO NORONHA, 1480412

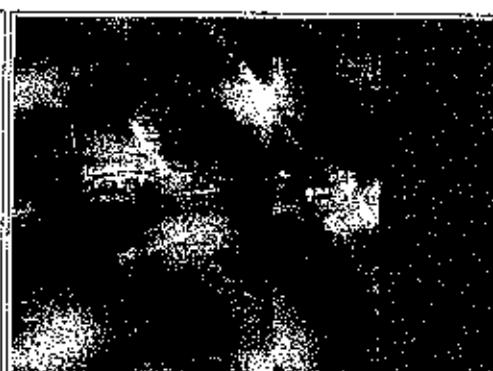
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO DECRESCENTE



SENTO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 22 de julho de 2020, por volta das 19h40min, na BR 405, KM 02, no município de Mossoró-RN, ocorreu um acidente do tipo queda de ocupantes de veículo. O acidente envolveu a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, de placas PMT-3A70. Quando a equipe da PRF chegou ao local do acidente, as vítimas já haviam sido socorridas pela Equipe do SAMU, chefiada pelo soldado PM Nogueira, em viatura de placas QG1-5H68, e encaminhadas para o Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vascuncelos Maia, em Mossoró. Conforme declaração verbal do PM Nogueira, o qual forneceu para a equipe da PRF a placa de identificação do veículo e os nomes das vítimas, durante o atendimento de primeiros socorros o condutor declarou que a motocicleta havia apresentado defeito mecânico(ruptura do pneu dianteiro), causando a perda de seu controle e consequente queda dos seus ocupantes. O local do acidente encontrava-se totalmente desfletado, sem presença das vítimas ou do referido veículo, o qual foi retirado do local por pessoa não identificada, antes da chegada da equipe da PRF.



Documento assinado eletronicamente por GERMANO NORONHA, Matrícula 1480412, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2020, conforme buscas oficiais no Brasil, com Consenso em 1.ºº do art. 7º da Medida Provisória N° 2.200-3, de 24 de agosto de 2001, no art. 1ºº da Instrução N° 8-537, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N.º 01-DG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticação desse documento pode ser conferida no site <http://polivisao.prf.gov.br/autenticar>, Informação Protócolo 20034997B01 e o número de controle 11-BCD15CE023FF320-4E8E2E4564F1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20034997B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local: RN



APONTAR

MOSSORÓ RN

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de evento	Veículos envolvidos
1	Dueda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evolução do veículo	Freio	Derapaduras	Arrastamento

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipos de Organizações	Informações	Comunicação

V1 - VEÍCULO 1 - PMT3A70 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PMT3A/0 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Renavam: 01013614690

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2KC1650ER509147

Tipo de veículo: Motocicleta

Especie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por G-IVANIC NORONHA, matrícula 1480419, Pn da Rodoviária Federal, em 26/09/2020, conforme houve autorização judicial, com fundamento no § 2º do art. 16 da Medida Provisória nº 2.004-2, de 24 de agosto de 2002, no art. 3º, Decreto nº 6.839, de 3 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pf.gov.br/novaautenticidade/>, informando o protocolo nº 20034997B01 e o número de controle: 118CD1505D20FF3C4tBE231054FL.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20034997B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: PMT3A70

Nº BOAT: 20034997B01

Nome do Agente: GERMANO NORONHA

Matrícula do Agente: 1480412

Data: 22/07/2020



1 Garfo dianteiro

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

2 Mesa superior da suspensão dianteira

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

3 Mesa inferior da suspensão dianteira

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

4 Coluna de direção

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

5 Chassi

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

6 Garfo traseiro

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

7 Elvo traseiro (triciclo)

VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

Dano de Monta: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Este documento assinado eletronicamente por GERMANO NORONHA, matrícula 1480412, Policial Rodoviário Federal, em 22/07/2020, conforme houve alteração de 326342, com fundamento no § 2º do art. 10 de Medida Provisória nº 2.760-2, de 24 de agosto de 2017, no art. 1º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61, D.G., de 17 de novembro de 2016.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/verifica/autenticar>, Informações e protocolo 20034997B01 e o número de controle 11BCD150420FF3D04F3C2340541.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20034997B01

V1 - Proprietário

Nome: EDMUNDO AFONSO DE AZEVEDO
Email:
Endereço: MOSSORÓ-RN

CPF/CNPJ: 877.075.864-68
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JEFFERSON WILLIAN DA SILVA

V1C - Informações

Nome: JEFFERSON WILLIAN DA SILVA
CPF: 124.769.114-45
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 27/04/1996
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motoria

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: DOLORES DO CARMO REBOUCAS, 1040, CASA, AEROPORTO, MOSSORÓ-RN
Telefone:
Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Vítima socorrida pela Equipe do SAMU, chefiada pelo Sd Nogueira em viatura de placas CGT-5H68, e encaminhada para o Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró.

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - REJEANE BEZERRA DA COSTA

V1P1 - Informações

Nome: REJEANE BEZERRA DA COSTA
CPF: 064.995.304-32
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado
Data de Nascimento: 06/01/1987
Sexo: Feminino
Morreu após remoção: Não



Recorrer à assinatura eletrônica por GERVÁIO NORONHA, integrante nº 48042, Policial Rodoviário Federal, em 26/07/2021, mediante notório exame de testemunha, com fundamento no § 2º, inciso I, do art. 1º da Lei de "Provisória nº 1.002 de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto nº 5.816, de 8 de outubro de 2005 na alteração a seu índice e no art. 1º da Instrução Normativa nº 51-DI, de 13 de novembro de 2011".
A autenticidade deste certificado pode ser conferida no site <http://www.pf.gov.br/novabehab/autentica>, informando o protocolo nº 20034997B01 e o número de controle 114001E020EE32C4EBE34864F1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20034997B01

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: NILZA PIRES DE ALMEIDA, 6361, BOM JESUS, MOSSORÓ-RN

Telefone: Email:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Vítima socorrida pela Equipe do SAMU, chefiada pelo Sd Nogueira em viatura de placas QGT-5H68, e encaminhada para o Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró.



Documento assinado eletronicamente por CIDADÃO RODON-RA, matrícula 1480412, Policial Rodoviário Federal, em 26/07/2025, conforme horário oficial de Brasília, com funcionamento do S2º do art. 1º da Lei de Vedações nº 2.038, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Lei nº 8.539, em 8 de outubro de 2016, e na alínea c) do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa nº 51/DG, de 13 de novembro de 2011.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/auth/validar>, informando o protocolo 20034997B01 e o número de controle 111601350520EEJ2C473F224054F1.

191



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA
PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
DIRETORIA DE ENGENHARIA E OPERAÇÕES
2º SUBGRUPEAMENTO DE BOMBEIROS / 2º GB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA 017/2020

Certifico para os devidos fins legais, que se encontra registrado no livro de ocorrências do dia 22 de julho de 2020, no verso da pag. 180 e no FOCA nº 0688/2020, Protocolo B8678 do 2º Subgrupamento de Bombeiros de Mossoró-RN o evento abaixo discriminado:

1. DATA	22 de julho de 2020	2. CÓDIGO DA OCORRÊNCIA	BR-55
3. NATUREZA DA OCORRÊNCIA	ACIDENTE EM MOTOCICLETA		
4. DESCRIÇÃO DO LOCAL: LOGRADOURO RUA FELIPE CAMARÃO S/N Nº S/N BAIRRO AFROPORTO COMPLEMENTO EM FRENTE AO CORPO DE BOMBEIROS			
CIDADE	MOSSORÓ	UF	RN
5. DADOS DA EQUIPE DE SOCORRO			
5.1. VIATURAS EMPREGADAS			
1.	UR-08	2.	
5.2. CMT DA OPERAÇÃO	SD BM NOGUEIRA		
5.3. FISCAL DE OPERAÇÕES	3º SGT BM IVANALDO		
5.4. HORA DE CHEGADA AO LOCAL	19h51min	5.5. HORA DE SAÍDA DO LOCAL	20h10min
6. DESCRIÇÃO DE DANOS			
6.1. RELAÇÃO DE VITIMAS E DANOS FÍSICOS			
Jeferson William da Silva, 24 anos, morador da rua Venceslau Bráz, 351 – Paredões. Rejeane Bezerra da Costa, 33 anos, moradora da rua Nilza Pires Almeida, 5261 – Bom Jesus.			
6.2. DANOS MATERIAIS DECORRENTES DO SINISTRO			
Não houve			
7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
A VTR UR-08 deslocou para um atendimento a vítima de acidente de queda de moto. Ao chegar no local encontraram as vítimas de nomes Jeferson e Rejeane. Rejeane estava consciente e orientada com escoriações nos membros superiores e inferiores, por sua vez Jeferson estava deitado de decúbito dorsal, orientado e consciente com escoriações nos membros superiores e inferiores, com uma fratura interna na tibia e fibula da perna esquerda, relataram que o pneu da moto titan branca, placa PMT – 3A70 tinha estouro e com isso perderam o controle. A guarnição fez a imobilização e conduziu para o HRIM, deixando as vítimas aos cuidados do Dr. Paulo, Médico de plantão.			
8. SOLICITANTE DA OCORRÊNCIA			
NOME	Maria Udeulma da Silva		
ENDEREÇO	Rua Venceslau Bráz, 321 - Paredões		
CIDADE	Mossoró	UF	RN
TEL. CONTATO	(84) 9 9118-1669		
9. DADOS DO PROPRIETÁRIO DO BEM SINISTRADO			
NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE	UF	RN	TEL. CONTATO

O referido nestes termos é verdade e dou fé. Eu, Uirá das Neves Monteiro – Cap. QOCBM – Comandante do 2º Subgrupamento de Bombeiros de Mossoró RN, determinei que fosse digitada e impressa, e assino. Mossoró (RN), 28 de Julho de 2020.

Uirá das Neves Monteiro – Cap. QOCBM
COMANDANTE DO 2ºSGB/2ºGB

OBS. O presente documento não determina causa ou responsáveis pelos danos criados do sinistro. Portanto não possui os efeitos legais do laudo pericial.



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: **1054 995 304-32** 3 - CPF da vítima: **Rejane Bezerra da Costa** 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Rejane Bezerra da Costa	6 - CPF: 054 995 304-32
7 - Profissão: Autônoma	8 - Endereço: Rua Venceslau Braga
11 - Bairro: Paredões	12 - Cidade: Florianópolis
15 - E-mail: Nao@nada.com.br	13 - Estado: SC 14 - CEP: 89060-340
16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066	17 - Número: 328 18 - Complemento: casa

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: **Rejane Bezerra da Costa** 18 - CPF do Representante Legal: **054 995 304-32** 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (257)	Banco do Brasil
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: **4393** CONTA: **43.546** AGENCIA: **4393** CONTA: **43.546**

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor na indenização/reembolso de Seguro DPVAT a que sou Lider direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre 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 da minha perícia 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 preventiva, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente no 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: Sim Não 29 - Se tiver filhos, informar: **30 - Vítima deixou residência (severidade)?** Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tiver irmãos, informar: **Vivos:** Falecidos: **33 - Vítima deixou pais/vivos?** Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer união 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 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem avisa o pedido (a rogar)

38 - 1º | Nome: **Rejane Bezerra da Costa** 39 - 2º | Nome: **08/09/2020**

40 - Local e Data: **Florianópolis - SC** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REJEANE BEZERRA DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 00000074791-2

Nr. Autenticação

BRADESCO11112020050000000002370322600000074791236250 PAGO



**DECLARAÇÃO DE PREVISÃO DA LIQUIDAÇÃO DE DINHEIRO
PESQUISA FÍSICA - CIRCULAR SIESEP 455/12**

Para mais esclarecimentos, entre em contato com o seu segurado e/ou seu corretor ou faça uma consulta no site da Agência Nacional de Transportes.

SEGURO DE RÉPAGAIS E REPAROS DE VEHÍCULOS - CÓDIGO 1000-12-00

REPORTS/LOSS IMPROVEMENTS

O presente documento é o resultado da integração do questionário de Risch-Lipinski de 2005, contendo as estruturas atípicas negativas (ESAN) disponíveis no banco de dados.

http://www.EasyEngineering.net

A Circular CNJ/STF nº 001/17, que trata da prisão temporária e a vigência de效期, estabelece o seguinte: determinar que todas as foras judiciais utilizarem o formulário cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse formulário deve conter, entre os demais elementos de identificação pessoal, informações acerca da tipologia de títulos de repúdio mencionados no artigo 1º, inciso II, da referida circular.

As discussões em progresso sobre reformas de previdência e tributária, não raro, são o ponto central da estratégia do Sindicato CPVAJ, que busca, via de intermediários de empresas privadas, a negociação de vantagens para os servidores.

INSTITUTO FEDERACAO DE ESTUDOS PISCAVANTO - SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO DE VENDAS E CONTROLE DE VENDAS JUNTAMENTE COM A COMPAGNIA DE SEGURO, DA INGENIERIA PRIVADA ADERICA, PAR TURIZACAO E RECREACAO, E O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ONDE A INGENIERIA DA FISCALIZAÇÃO, TAMBÉM FORAM REALIZADAS APLICAR REGRAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER DOCUMENTOS E LIGAR AS VENDAS E AS AQUITACOES DE VENDAS E AS PREVISÕES NA ETAPA DE VENDAS.

Both groups had similar baseline characteristics except for the higher proportion of patients with a history of hypertension in the control group.

Levante (1998) y el Censo de Población y Vivienda 2001 (INE, 2002).

1940 Census of Population (U.S.A.)

co-plaintif en ce qui concerne la partie de la cause relative à l'application de la loi sur les assurances.

Medical Record # 1234567890 **Date** 12-12-2023 **Reason for the visit/consultation:**

Declaro, diante, sob as penas da lei e da lei, que o provado responde ao ponto 4 Segundo o Código-DEPA, tenho em andamento abaixo, anexado à cópia do processo, a sua regularização em meu nome. Estou inserindo, na parte 6 folha 001 da prova, os desfazimentos implicados na saída para previsão no art. 299, do Código Penal.

Individuus *Salvinia natans* *CEP* 1960-1961
Balaton *1960* *1961*

For a full list of the species included in the 2010-11 Census, see the [Species List](#).

Auswirkungen Deterrentia

Admissão: 22/07/2020 20:06:58

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 63318 - REJEANE BEZERRA DA COSTA (33 a 6 m 16 d)

Nascimento: 06/01/1987 Natural: ALEXANDRIA BRASIL Sexo: F Cor: PARDAS
 CNS: CPF: 05499530432 Prof:
 Mãe: MARIA BEZERRA LINS COSTA Pai: PAULO IRINEU DA COSTA
 Logradouro: NILZA PIRES DE ALMEIDA, 5361
 CEP: 59635090 Bairro: BOM JESUS Cidade: MOSSORÓ
 Telefone: 84.96654761 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
 Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: TRAJADA PELOS BOMBEIROS

Classificação:

PESO:

22/07/2020 20:03:43

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C./Pulse	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIACOES EM MSE E MIE. GLASGOW 15.

Dt e Hora: 22/07/2020 20:03:43

Parâmetros vitais: pressão arterial 120/80 mmHg, pulso 120 bpm, temperatura 36.5°C, saturação de oxigênio 98%, nível de consciência 15/15, reflexos patagônicos presentes, fundo de olho normal, pupilas reagidas, pupila dilatada, reflexo corneal persistente, reflexo cutâneo normal, reflexo de Babinski ausente.

Diagn. Inicial: Trauma de baixa energia - NAT 3 MSE Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. Dexametasona 10mg			
2. Fubril 1000mg			
3. Linhaça + ceras para ferida			
4. Seringa 10ml			
5. Iodo 10% + tinctura de iodio			
6. Dantroleno 200mg por dia			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/20. Hr:

Médico:

Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Enviado em 22 de julho de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 DATA: 22/07/2020

SAÚDE / ARQUIVOS

Dr. Vivente Andrade
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM-5392 - Pernambuco



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JEFFERSON WILLIAN DA SILVA** (Fia: 3497/2020), CPF:12476911445.

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

Mossoró/RN, 01 de Agosto de 2020.

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTOU CONFORME O INSTRUÍDO
DATA: 01/08/2020
CARLOS FARIAS



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIOCOR

Mesa

Família

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

DDD

N° DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

DDD

N° DO FONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Familista 60 anos fêmea com
histórico de pedras O. Cysto t.
do - + Dgnd. Alegresse &

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

C. R. B. A. G.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Dr. Lino & S,

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Med. Lino & S.
CRM: 123456

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMISO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Med. Lino & S.
CRM: 123456

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU MORTES)

36 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO TITULAR

39 - SÉRIE

40 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - EMPREGADO

42 - N° DO TITULAR

43 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

44 - CBO

43 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

44 - ACIDENTE DE TRABALHO TRANSITO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - EMPREGADOR

48 - N° DO TITULAR

49 - SÉRIE

48 - CNPQ

50 - N° DO TITULAR

51 - SÉRIE

49 - DOCUMENTO

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - CNIS

53 - N° DO TITULAR

54 - SÉRIE

51 - CPF

55 - N° DO TITULAR

56 - SÉRIE

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - N° DO TITULAR

58 - SÉRIE

53 - ASSINATURA E CARMISO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

59 - N° DO TITULAR

60 - SÉRIE

Med. Lino & S.
CRM: 123456
Assinatura: Dr. Lino & S.
Data: 12/01/2024



MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

MASC

FEM

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO [Nº DO REGISTRO DO CONSELHO]

1 - CNIS

2 - CPF

CRA-11

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO [Nº DO REGISTRO DO CONSELHO]

1 - CNIS

2 - CPF



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Edilene Willian da Silva Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura, fôvea, óva, fratura

Indicação terapêutica: Hospitalização + fármaco

INTERVENÇÃO

Inicio: 11/07/2011 Fim: 11/07/2011 Duração: 00:00:00

Operador Dra. U. Costa (Anestesiologista)

1º Auxiliar: Dra. Telma Maria Alves

2º Auxiliar: ()

3º Auxiliar: ()

Instrumentador: ()

Anestesista: Dra. Jardine

INTERVENÇÃO

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

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

Fratura na articulação fôvea - óva

Linfoma no fôvea - 11 Stadiu e 4º de degeneração

Biópsia de fôvea e óva

Biópsia óva

Biópsia óva - óva - óva

Biópsia óva

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
DATA: 10/07/2011
PROFISSÃO: _____
CARGO: _____
NÚMERO: 18.01.3.270

Dra. U. Costa (Anestesiologista)
Ortopedista
CRM-RN

DATA: 10/07/2011

**GOUVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
VICTORINO PEREIRA TACÔMBO MARIA**

Nome do paciente: Adriana Alves Gomes da Cunha de Freitas
Endereço: Rua 25 de Março, 100 - Centro - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil Data: 12-07-2017
Cirurgião: Dr. Wagner - Auxiliar: Tec. Edna Instrumentarista: Edna
Anestesiologista: Dra. Ana Lúcia - Anestesia: Alveolar
Médico de Emergência: Dr. J. P. S. Góes - Emergência: 10100



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAlA
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM SALA OPERATÓRIA

Data: 10/10/2011 Hora ____ Paciente José Antônio de Oliveira _____ Idade ____

CHECAGEM PRE-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: 63317 - JEFFERSON WILLIAN DA SILVA
FIA: 6-3497/2020

Nr. Prontuário: 214217 Peso:

Idade: 24 ano(s) 3 mês(es) e 14 dia(s)

Data Internação: 01/08/2020 10:08

Prescrição Nº: 8

Início Validade: 11/08/2020 11:00 até 12/08/2020 10:59

Hospital / Unidade: HRTM - CLINICA CIRURGICA

Quarto / Leito: 305 - 03

Convênio: SUS/GRATUÍTO

Médico Resp.: 20-DIEGO ARIEL DE LIMA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

11/08/2020 10:46:27 - #19 DIH POR FRATURA DA TÍBIA DISTAL
EM USO DE FIXADOR EXTERNO

PACIENTE EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS, DIMINUIÇÃO DO EDEMA, SEM SINAIS DE TVP

CONDUTA

- AGUARDA CIRURGIA EM NATAL

PREScriÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - OXACILINA 600MG (1FA+SMI ABD)	1	FA	IV	8h/8h	10 16 22 04	
3 - DIPIRONA SÓLICA 500MG/ML + 2ML	1	AMP	IV	8h/8h	10 19 22 04	
4 - TRAMADOL 50MG/ML + 2ML S/N se dor intensa	1	AMP	IV	8h/8h	30	
5 - RANITIDINA 25MG/ML + 2 ML	1	AMP	IV	12h/12h	10 22	
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML + 2 ML S/N em casos de vômitos/ná	1	AMP	IV	8h/8h	5N	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS						Centro
Fabiano Dantas de Carvalho Ortopedia e Traumatologia Ortopedia Pediátrica TEOT: 15176 - CRM/RN: 6672						
FABIANO DANTAS DE CARVALHO CRM 6672/RN						

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
CRMA CONFORME à CIRURGIA
DATA ADASADA 11/08/2020 10:46:27

BRAZ

B.M.F (20:30h)

PACIENTE VITIMA DE AGENTE DE TRANSITO NO TRAJETARIO, USANDO GARRAS, NEGRA ENVESTA MOLHADA, EVANHA DO ELABORADO POR C.B. APRESEN-
TANDO ESCAMAS/CORES GEMELAS/AMARELO/PARTE, MEMBROS SUPERIORES
INFECCIONES, IMIGRATAS/DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, FERI-
MENTO EM LÍBIO SUPERIOR, COM PERDA DE SUSTENCI^G, S/ H
SINTOMAS DE FRACASSO EM OSSOS DA Perna.
QD: SV TUMA SOB ANESTESIA LOCAL, ORNAMENTAL, MEDICAMENTO. ORNAMENTAL.
PACIFER B.M.F. SEDETE DAS EVIDENCIAS DA ONT 296 RIC.

Dr. Jardas Miguel F. des. M.D.
CIRURGIA ORTOPEDICA
ENDODONTISTA
CRM-1083

Dr. Jardas Miguel F. des. M.D.
CIRURGIA ORTOPEDICA
ENDODONTISTA
CRM-1083

24/09/2002. Ortodoncia. 25h

Per. Vizinho de Andrade R

Mrs. Maria do Ros^{te} -

N.V. W.

Do + Dente de T. da esq.
Fissura do T. no dente 13
Fissura 36.

Hr. Fissura 36 T. da Cx. T.

Dr. Dr. P.C.

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-5592 - TEOT 10481

Dr. Gómez

J.P.H

INTERNAZIONAL TARDINI GARA
ESTA CONFORME AOS ORIGINAIS
SAQUE MENSUAL 12.106,12,00
BANCO PARAGUAIANO B.P.

Domingo, 22/09/2022.

Deus te haja.
Por favor de dar a
Gobernador Moisés Katanga
Mukulu.

En nombre de Pedro

M. Gómez Lira

Dr. PRO

Guarani

Dr. VICENTE Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
(CRM-SPI) - TECZ 1988

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MEA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
GARIB MOSSORÓ 18/09/2020

BRA
SAMU/ARQUIVO

Durante 22/09/2022.

Avouo a hilo
expresos a Dr. Vicente Antunes de
Góes, no N.º 8 da Rua

Niterói.

Dr. Vicente Antunes

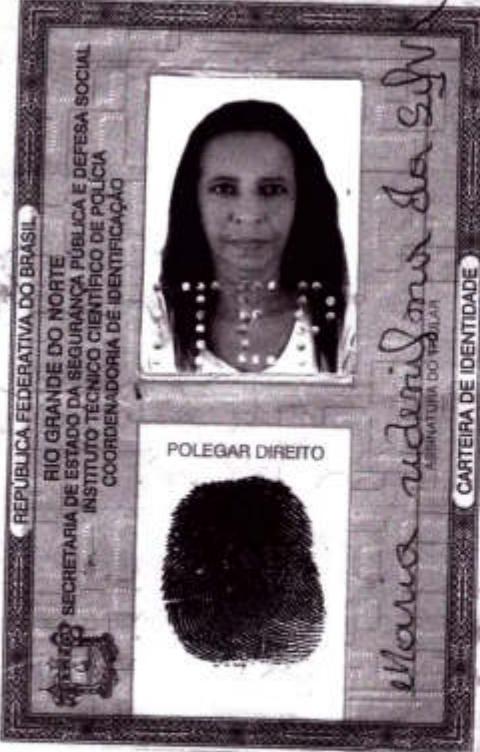
Av. Getúlio Vargas

Fl. 2º
Belo Horizonte

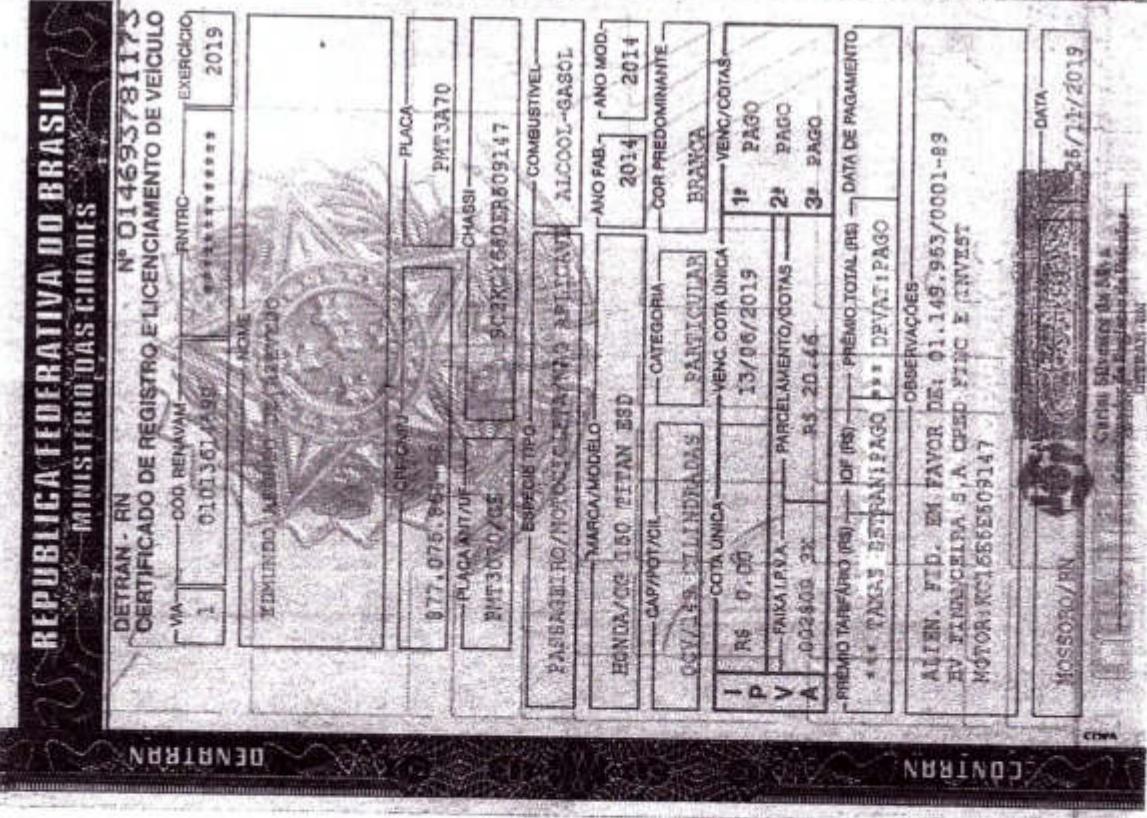
Dr. Vicente Antunes de
Góes, M.D., F.C.R.O.
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM-MG: 5542 - TEDF: 1048

MOTIVAL REGIONAL TECNICO CLÍNICA
SISTEMA CONFORME ORIGINAIS
DATA: 20/09/2022

Assinatura:







ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204													
RN N° 014693781173 BILHETE DE SEGURO DPVAT													
<table border="1"> <tr> <td>DATA EMISSÃO 2019</td> <td>DATA EMISSÃO 26/11/2019</td> </tr> <tr> <td>CPF / CNPJ 077.075.964-68</td> <td>PLACA ENT3A70</td> </tr> <tr> <td>VA 1</td> <td>MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN S30</td> </tr> <tr> <td>RENAVAM 01013614590</td> <td>Nº CHASSI 9C2KC16500ER609147</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB. 2014</td> <td>ON TAREF. 9</td> </tr> </table>		DATA EMISSÃO 2019	DATA EMISSÃO 26/11/2019	CPF / CNPJ 077.075.964-68	PLACA ENT3A70	VA 1	MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN S30	RENAVAM 01013614590	Nº CHASSI 9C2KC16500ER609147	ANO FAB. 2014	ON TAREF. 9		
DATA EMISSÃO 2019	DATA EMISSÃO 26/11/2019												
CPF / CNPJ 077.075.964-68	PLACA ENT3A70												
VA 1	MARCA / MODELO HONDA / CG 160 TITAN S30												
RENAVAM 01013614590	Nº CHASSI 9C2KC16500ER609147												
ANO FAB. 2014	ON TAREF. 9												
<p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>FNS (R\$)</td> <td>DIVULTRAN (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>OUTRO DO BILHETE (R\$)</td> <td>IDF (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGO SEU PRÓXIMO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> </tr> </table>		FNS (R\$)	DIVULTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	OUTRO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEU PRÓXIMO	PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO
FNS (R\$)	DIVULTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)											
OUTRO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEU PRÓXIMO											
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO											
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO											
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CHP/J 05/248.600/0001-04</p> <p>FE-2019</p>													

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200379109 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA **Data do acidente:** 22/07/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rejane Bezerra da Costa, brasileiro(a),
estado civil: casada, Profissão: funcionária, Data do Acidente 20/03/2020
Cobertura DPVAT, portador(a) do RG 26041550, órgão expedidor
MG no(a) doe CPF: 044993788-60, residente no(a)
Rua Vilas Boas, nº 323,
bairro: Vila Boas, município: Alvorada/RS.

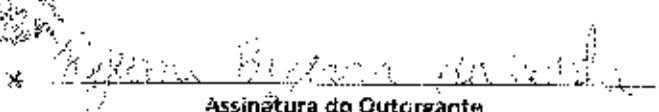
OUTORGADO:

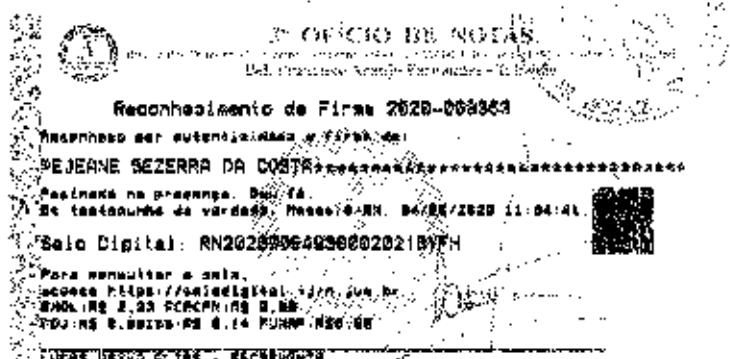
Nome: Maria Valentina da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: funcionária, portador(a) do RG
001481253, órgão expedidor MG e do CPF: 363.263.904-18 residente
no(a) Rua Vilas Boas, nº 323,
bairro: Vila Boas, município: Alvorada/RS.

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.

Alvorada/RN - 04/03/2020
Local e Data


Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200379109 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA **Data do acidente:** 22/07/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Declaração

Eu Ryjane Bezerra da Costa
RG 264.433.0 e CPF 054.995.304-32
declaro para os devidos fins que sou cliente no Banco
para regularizar minha Conta corrente número 74791-2
da agência 3226-3 para poder receber o benefício da
indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Cidade, Data

*Ryjane Bezerra da Costa
Assinatura do titular da conta bancária

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: 054.995.304-32 4 - Nome completo da vítima: Ryjone Bezerra de costa

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

5 - Nome completo: Ryjone Bezerra de costa	6 - CPF: 054.995.304-32
7 - Profissão: Autônoma	8 - Endereço: Rue Venceslau Braga
9 - Número: 323	10 - Complemento: lobe
11 - Bairro: Paredões	12 - Cidade: Mossoró
13 - Estado: RN	14 - CEP: 59610-340
15 - E-mail: Moé Petzini	16 - Tel.(DDD): (84)9.9827.0066

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:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: Bradesco.

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3226 CONTA: 74491

(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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vais nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró RN 06/11/2020

Ryjone Bezerra de costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 bradesco



6504 9565 5513 0104

Valid Thru:

08/25

REJEANE BEZERRA DA COSTA

