
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



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, 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: ☐ DAVIS (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: Regiane Bezerra da 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: Regiane Bezerra da Costa 6 - CPF: 054 995 304-32
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Venceslau Brag 9 - Número: 323 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Paredões 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59630-340
15 - E-mail: Nao possui 16 - Tel (DDD): (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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE 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 abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de controle)

(Informar o dígito de controle)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:

4395

5

CONTA:

43.546

5

(Informar o dígito de controle)

(Informar o dígito de controle)

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, o aceite e a ratificação 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 realize 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 a análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros (vivos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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

35 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS.001 V002/2019



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROCC. N° 25. AR01



Maiores dívidas acessar www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/innovat
/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.dpvatseguro.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.



Incentivo assinado eletronicamente por CHIRIANO MOURA, matrícula 1460412, Folha de Registro Federal, em 26/04/2012, conforme livro de assento de Brasil, com instrumento nº 833 do art. 10 da Lei de Arrecadação nº 2.002-2, de 24 de agosto de 2007, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 9 de outubro de 2007 e no art. 6º da Lei de Incentivo do art. 7º da Instrução Normativa nº 111 de 01 de 02, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade dos dados aqui pode ser verificada no site www.gov.br/brasil sob o link "Incentivo" e através de 22034957331 e o número de inclusão 111601150532002424574334311.

☎ 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

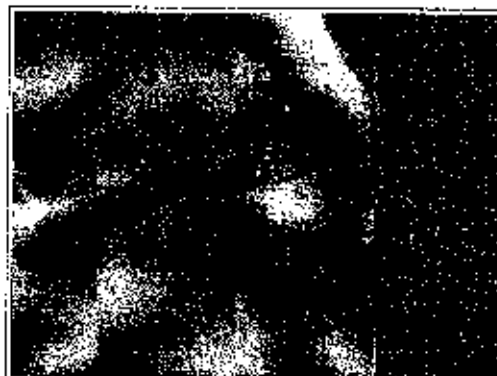
INFORMAÇÕES GERAIS

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

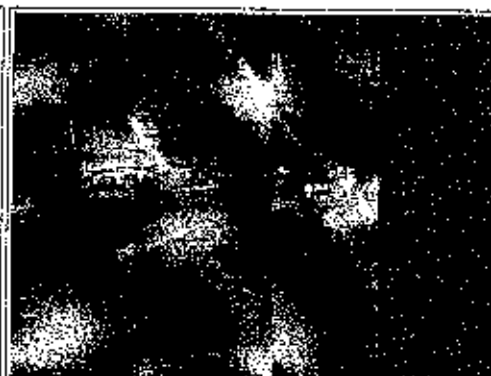
ASPECTOS DO LOCAL

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO 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 Vasconcelos 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 de seus ocupantes. O local do acidente encontrava-se totalmente desfeito, 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 Rodoviária Federal, em 22/07/2020, conforme função oficial do Brasil, com fundamento no art. 2º do art. 10 da Lei da Mídia Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.537, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.trf.gov.br/portal/autenticar>, informando o protocolo 20034997B01 e o número de controle 111300150ED20FF32046E2E4564F1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local: Itaipava - RJ



AFON - IN

MOSSOÉO - RJ

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo	Evento	Veículos Envolvidos
1		Queda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Estimativa de velocidade (km/h)	Estimativa de frenagem (m)	Estimativa de derrapagem (m)	Estimativa de arrastamento (m)
---------------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Sigla	Assinatura	Carimbo
---------------	-------	------------	---------

V1 - VEÍCULO 1 - PMT3A70 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PMT3A/0 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Renavam: 01013614590
Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2KC1650ER509147 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por GERVÁNO NORONHA, matrícula 1480412, PM da Rodoviária Federal, em 26/09/2020, conforme função oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 35, Dec. Lei Nº 8.539, de 3 de outubro de 2015 e no artigo 10 do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inova/boletim.html>, informando o protocolo nº 20034997B01 e o número de controle 1118C01605D0FF3C4E8E234054F1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CC 150 TITAN ESD Placa: PMT3A70 Nº BOAT: 20034997B01
Nome do Agente: GERMANO NORONHA Matrícula do Agente: 1480412 Data: 22/07/2020

Item	Descrição da Avaria	Identificado no acidente
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	Eixo traseiro (triclido)	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

Dano de Monto: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por GERMANO NORONHA, matrícula 1480412, Polícia Rodoviária Federal, em 22/07/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da art. 10 da Medida Provisória Nº 2.763-2 de 24 de agosto de 2011, no art. 1º do Decreto Nº 8.539 de 3 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61 DGS, de 17 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/verificacao>, inserindo o protocolo 20034997B01 e o número de controle 11800190409FF20C473C2340541.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

V1 - Proprietário

Nome: EDMUNDO AFONSO DE AZEVEDO
Email:
Endereço: MOSSORO-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:
UF:
Observações CNH:

Primeira habilitação:
Vencimento da habilitação:

Nº Registro:
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

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, MOSSORO-RN
Telefone:
Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo do Receptor: SAMU

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

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - REJEANE BEZERRA DA COSTA

V1P1 - Informações

Nome: REJEANE BEZERRA DA COSTA
CPF: 054.995.304-32
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 06/01/1987
Sexo: Feminino
Morreu após remoção: Não



Documento assinado eletronicamente por GERARDO NORONHA, matrícula 1480412, Polícia Rodoviária Federal, em 26/07/2020, conforme número original da receita, com cancelamento no 4.º dia do mês da Vezada. Provisória Nº 1200-2, de 24 de agosto de 2020, no art. 4º do Decreto Nº 8.989, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso V do art. 3º da Instrução Normativa Nº 51-DE, de 13 de novembro de 2017.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assinatura> com o número do protocolo 20034997B01 e o número de controle 114001505320EC32C4EBE734354F1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: NILZA PIRES DE ALMEIDA, 5361, BOM JESUS, MOSSORO-RN

Telefone:

E-mail:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Repetor: SAMU

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



Assinatura
eletrônica

Documentação assinada eletronicamente por Cid MARCO Nogueira, matrícula 1.480412, Policial Rodoviária Federal, em 12/06/2020, conforme horário oficial do Brasil, com funcionamento no A-2º do anexo 1.0 da Vedpa Rodoviária Nº 2-0000, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01/DG, de 13 de dezembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verificar/assint/assint.asp>, informando o protocolo 20034997B01 e o número de controle 1135C01505D23EE32C4F3F234054F1.

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 SUBGRUPAMENTO 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	BARRIO	AFROPORTO
COMPLEMENTO	LMT RENTÉ 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 VÍTIMAS E DANOS FÍSICOS			
Jefferson William da Silva, 24 anos, morador da rua Venceslau Bráz, 351 – Paredões.			
Rejeane Bezerra da Costa, 35 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 Jefferson e Rejeane. Rejeane estava consciente e orientada com escoriações nos membros superiores e inferiores, por sua vez Jefferson estava deitado de decúbito dorsal, orientado e consciente com escoriações nos membros superiores e inferiores, com uma fratura interna na tíbia e fíbula da perna esquerda, relataram que o pneu da moto titan branca, placa PMT – 3A70 tinha estourado e com isso perderam o controle. A guarnição fez a imobilização e conduziu para o HPTM, deixando as vítimas aos cuidados do Dr. Paulo. Médico de plantão.			
8. SOLICITANTE DA OCORRÊNCIA			
NOME	Maria Udenilma 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 assim. Mossoró (RN), 28 de Julho de 2020.

Uirá das Neves Monteiro – Cap. QOCBM
COMANDANTE DO 2º SGB/2º GB

OBS: O presente documento não determina culpa ou responsáveis pelos danos oriundos do sinistro, portanto não possui os efeitos legais do auto pericial.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAA (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: Regane Bezerra da 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: Regane Bezerra da Costa 6 - CPF: 054 995 304-32
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Venceslau Brag 9 - Número: 323 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Paredões 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 57630-340
15 - E-mail: Nao possui 16 - Tel. DDD: (84) 99824-0066

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 4391 5 CONTA: 43.546 5

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento 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 realize 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 a análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte e queles beneficiários que se apresentarem a provar 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 pedido)

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

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 000000074791-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1111202005000000000023703226000000074791236250 PAGO

ਅੰਕ: 1221 ਫਿਰੋਜ਼ ਸ਼ਾਹ ਕਲੀਕਾਤੀ

Toda União de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 24/04/02



COSERN

Companhia Brasileira de Linhas Aéreas
Rua Alexandre de Gusmão, 100 - Rio de Janeiro, RJ
CNPJ nº 07.043.888/0001-91 - Insc. Est. nº 15.043.888-01

D&DUS, F&D USJENETP

14. Vignette 1: *Chilodactylus* Gill 1858

2018-03-28 14:44:11

[illegible]

BANCHECA DA DIAMANTE CONJUGADA

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

7014437993 04/2020

20-3-1505-20

100

[Illegible handwritten text]

| | |
|------------|----------|
| DATE | TIME |
| 10/10/1964 | 10:00 AM |

| | |
|------------|------------|
| 2011/12/10 | 2011/12/10 |
| 2011/12/11 | 2011/12/11 |
| 2011/12/12 | 2011/12/12 |

| | |
|----------|----------|
| 4.500000 | 0.957950 |
| 2.500000 | 0.960275 |
| | 0.962602 |

| | |
|-----------|----------|
| 70.000000 | 0.000000 |
| 0.000000 | 0.000000 |
| 0.000000 | 0.000000 |

1997

1. *Chlorophyll a* (Chl a) and *Chlorophyll b* (Chl b) are the primary photosynthetic pigments in green plants. They are responsible for capturing light energy and converting it into chemical energy through the process of photosynthesis. Chl a is the most abundant pigment, while Chl b is present in smaller amounts. Both pigments absorb light in the blue and red regions of the visible spectrum.

1 1 1

1. 1. 1.

1



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO A LOCAÇÃO DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSCITA 449/12

Esta declaração é obrigatória para quem está em posse de um bem de valor superior a R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em nome de uma pessoa física.

Centro de Atendimento ao Cliente para consultas e dúvidas: 0800-300000, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.
Serviços e atendimento aos clientes: 0800-300000, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

SUSCITA para informações e inscrições: 0800-300000, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h. Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800-300000, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta declaração é obrigatório para quem está em posse de um bem de valor superior a R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em nome de uma pessoa física.

Nome completo: Roberto Henrique da Silva NOME COMPLETO: ROBERTO HENRIQUE DA SILVA

A Circular SUSCITA 449/12, que trata da prestação de serviços de locação de dinheiro, determina que todas as solicitações de empréstimo de dinheiro devem ser acompanhadas pelo titular do cadastro, ou por pessoa autorizada por escrito, com a apresentação da identidade e da assinatura do titular do cadastro.

A locação de dinheiro é realizada mediante a apresentação de uma declaração de locação de dinheiro, assinada pelo titular do cadastro, ou por pessoa autorizada por escrito, com a apresentação da identidade e da assinatura do titular do cadastro.

O titular do cadastro de Pessoa Física, SUSCITA, deve preencher o formulário de locação de dinheiro, assinado pelo titular do cadastro, ou por pessoa autorizada por escrito, com a apresentação da identidade e da assinatura do titular do cadastro.

Pelo presente, eu,

Roberto Henrique da Silva

inscrito (a) no CPF nº

961.264.909

78

com a idade de 38 anos, e o tempo hábil (a) de 3 meses, ou

Roberto Henrique da Silva

inscrito (a) no CPF nº 961.264.909

do qual (a) do CPVAT em nome de

Roberto Henrique da Silva

inscrito (a) no CPF nº 961.264.909

inscrito (a) no CPF nº 961.264.909

inscrito (a) no CPF nº 961.264.909

Declaro, sob as penas da lei, que

Roberto Henrique da Silva

Roberto Henrique da Silva

é o titular do bem de valor superior a R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em nome de uma pessoa física.

☒ Declaro, sob as penas da lei, que

Declaro, ainda, sob as penas da lei, que não sou proprietário de um bem de valor superior a R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em nome de uma pessoa física.

Assinatura

Roberto Henrique da Silva

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Roberto Henrique da Silva

Assinatura

Roberto Henrique da Silva

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Roberto Henrique da Silva

Assinatura

Roberto Henrique da Silva

Assinatura

Assinatura

Total e Frase

Roberto Henrique da Silva

Roberto Henrique da Silva

Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 12168 /2020

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: PARDA

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: MOSSORO

Telefone: 84.96654761

Compl:

Motivo (relatado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZ CAPELOS HOMBRADOS

Classificação:

22/07/2020 20:03:43

PESO:

| HORA | P.A. | HGT | SaO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|------|------|------|--------------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE QUIDA DE MOTOCICLETA APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MSE E MLE. GLASGOW 15.

DI e Hora: 22/07/20

Paciente vitima de acidente de moto (para bicicleta de) com múltiplas escoriações em membro inf. esquerdo, MSE e MLE. Afetado do joelho, náusea para a consciência. Refere uso de laparoscopia, ECR ELABORADO. CONSCIENTE, AFERIR, BOM HUMOR, PHAS

Diagn. Inicial: Trauma de moto

Assin:

ESCORIAÇÕES E MLE

| PRESCRIÇÃO: | VIA | MÓDULO | ASSINT. |
|---------------------------|-----|--------|---------|
| 1. Dor 7-10 | | | |
| 2. Fibril. hep. IV | | | |
| 3. Limpeza e curativos em | | | |
| 4. Membros | | | |
| 5. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 6. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 7. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 8. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 9. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 10. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 11. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 12. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 13. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 14. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 15. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 16. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 17. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 18. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 19. (1) 1.000 mg IM | | | |
| 20. (1) 1.000 mg IM | | | |

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

CID

Proc.

Data: 22/07/20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGRE, ROS. Impresso em 22 de julho de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
EM MOSSORO 12/07/2020
12.10.20
SANE / ARQUIVO

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TERNÓ



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 12167 /2020

Admissão: 22/07/2020 20:05:40

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **63317 - JEFESSON WILLIAN DA SILVA** (24 a 2 m 25 d)

Nascimento: 27/04/1996

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 12476911445

Prof:

Mãe: MARIA UDENILMA DA SILVA

Pai: JOAO JOSE DA SILVA

Logradouro: VENCESLAU BRAZ, 321

CEP: 59618140

Bairro: PAREDOES

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96654761

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: CORPO DE BOMBEIROS

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS EM PROTOCOLO DE TRAUMA.

Classificação:

PESO:

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|--------------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, FRATURA EM MIE, CORTE EM REGIAO DA FACE, ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMIL.

Dt e Hora: 22/07/2020 20:01:44
 Paciente foi levado ao hospital em uma ambulância com suporte vital. Ao chegar ao hospital, o paciente foi avaliado e constatou-se uma fratura de fêmur direito, corte na região da face, escoriações em MMSS e MMIL. O paciente foi encaminhado para o pronto-socorro e recebeu atendimento de emergência. Foi realizada a lavagem das feridas e curativos. O paciente foi encaminhado para o bloco cirúrgico para a realização da cirurgia de fratura de fêmur direito. A cirurgia foi realizada com sucesso e o paciente foi encaminhado para o quarto de observação. O paciente está estável e sem dor.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

| | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|------------------------------------|-----|---------|---------|
| 1 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | 10 | 20 | |
| 2 - S. de antibiótico 500mg 2x/dia | | | |
| 3 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | | | |
| 4 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | | | |
| 5 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | | | |
| 6 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | | | |
| 7 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | | | |
| 8 - S. de analgésico 400mg 4x/dia | | | |

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

CID

Proc

Data

Hr

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 22 de Julho de 2020.

(Assinar e Carimbar)

Assinatura do paciente

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

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

Assinatura do médico



**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
REV. CONFORME ORIGINAL
MOS MOSORÓ 11/08/2020

DIRETOR



Sistema Único de Saúde
Ministério da 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 - Nº DO PROMTÚRIO |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO |
| 9 - SEXO | 10 - RACIA/COR |
| 11 - NOME DA MÃE | 12 - TELEFONE DE CONTATO |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | 14 - TELEFONE DE CONTATO |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA |
| 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO | 18 - UF |
| 19 - CEP | |

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | |
| <i>Fadiga, vômito, febre, dor de cabeça, perda de peso, diarreia, sangue nas fezes</i> | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | |
| <i>Cirurgia</i> | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| <i>Op. de Lap. + A.</i> | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| <i>Fadiga, vômito, febre, dor de cabeça, perda de peso, diarreia, sangue nas fezes</i> | | | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | |
|--|--|
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
| <i>Op. de Lap. + A.</i> | |
| 29 - CLÍNICA | 30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO |
| <i>des do Sil...</i> | |
| 31 - DOCUMENTO | 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| () CNS () CPF | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO |
| <i>des do Sil...</i> | |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | 36 - Nº DO REGISTRO |
| <i>des do Sil...</i> | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) | |
| 37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 38 - CNPJ DA SEGURADORA |
| 39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 40 - CNPJ EMPRESA |
| 41 - () ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO | 42 - CNPJ DA EMPRESA |
| 43 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA | 44 - CBOE |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO | |

AUTORIZAÇÃO

| | |
|---|--|
| 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
| () CNS () CPF | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| | |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | 50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO |
| | |



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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

MASC ☒

FEM ☒

11 - NOME DA MÃE

DDI

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. REG. MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CDD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Atestado de internação 30D.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
LAUDOS E ATOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS
SANEAMENTO, 12/08/2010
13105
SANEAMENTO

Assinatura do profissional solicitante 4/3 Prof. Dr. Manoel 12/8/10

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CDF

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CDF



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

Jefferson Willian de S. Dias

Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório:

fratura aberta com perda de

Indicação terapêutica:

Amputação cingulo + fixação interna

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

Dr. V. Costa

1ª Auxiliar:

Dr. Teodoro

2ª Auxiliar:

()

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Gomes

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

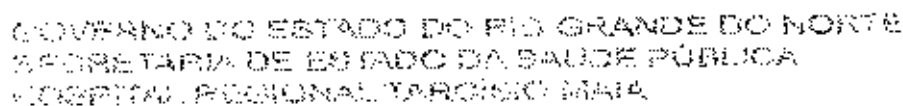
(X) Contaminada

() Infectada

Realizada em sala de cirurgia. Incisão em S. O. P. e fixação definitiva.
Realizada a amputação e a osteotomia.
Ligadura e sutura das estruturas.
Realizada a fixação interna e a amputação.
Realizada a fixação interna e a amputação.
Realizada a fixação interna e a amputação.
Realizada a fixação interna e a amputação.
Realizada a fixação interna e a amputação.
Realizada a fixação interna e a amputação.
Realizada a fixação interna e a amputação.

Ortopedista
CRM-1917

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
12.08.2010



Nome do paciente: Jefferson William de Oliveira de Pontes
 Endereço: Rua ... de ... de ... Data: 29.07.20
 Cirurgião: Dr. ... Auxiliar: Dr. ... Instrumentação: ...
 Anestesiado: Dr. ... Anestesia: ...
 Hora de início: 13:30 Término: 10:30

[illegible]



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: 27/07/2016 Hora: 14h Paciente: José Carlos de Almeida Idade: 65

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checkar:

☒ Pulseira de identificação confrontando com o nome do paciente

☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido

☐ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:

☐ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

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

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

☐ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

☒ Laringoscópio ☒ Baraka ☒ Aspirador

☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

☐ Sim ☐ Equipamento VAO disponível

☒ Não

Equipamento Anestésico funcionando?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S

Necessários?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Equipamentos disponíveis para o procedimento checado?

☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?

☒ Sim ☐ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:

*A identificação do paciente;

*Local da cirurgia a ser feita;

*Procedimento a ser realizado.

☐ Sim ☐ Não

Placa de história posicionada adequadamente?

☐ Sim ☒ Não

Posicionamento correto e com proteções?

☒ Sim ☐ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min.?

☒ Sim ☐ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com

Todos os integradores disponíveis?

☒ Sim ☐ Não

Cirurgião:

Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?

☒ Sim ☐ Não

Realizado contagem dos instrumentais?

☐ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

☐ Sim, identificado peça. ☒ Não

Conservado peça?

☐ Formol ☐ Gelo

Especificado peça no prontuário?

☐ Sim ☐ Não

Soros de infusão, medicamentos e fluidos

administrados ao paciente estão adequadamente identificados?

☐ Sim ☒ Não

Paciente está com pulseira de identificação?

☒ Sim ☐ Não

CRM:

CRM:

COREN:

COREN:

Assinatura

Paciente: 63317 - JEFFERSON WILLIAN DA SILVA

FIA: 8-3497/2020

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

Prescrição Nº: 8

Hospital / Unidade: HRTM - CLINICA CIRURGICA

Convênio: SUS/GRATUO

Nr. Prontuário: 214217

Peso:

Data Internação: 01/08/2020 10:08

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

Quarto / Leito: 305 - 03

Médico Resp.: 20-DIEGO ARIEL DE LIMA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

11/08/2020 10:45:27 - # 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 500MG (1FA+5ML AED)

1

FA

IV 6h/6h

10 16 22 04

3 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV 6h/6h

10 16 22 04

4 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML

1

AMP

IV 6h/6h

SN

S/N se dor intensa

5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV 12h/12h

10 22

6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV 8h/8h

SN

S/N em casos de vômitos/ná

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

7 - CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS

Cente

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOR 15176 - CRM/RN: 6672

FABIANO DANTAS DE CARVALHO

CRM 6672/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
CNPJ: 08.000.000/0001-01
CALLE AGASCO 12.000.000/0001-01
SAMS JARQUE

Oatmeal. 22/09/2020.

Ans to MGS.
From the Dining table
300000, to MGS & HIG
N.Y. M.

For. Cordis of Afton

H. Bolen. Can.

Ch. R. 2005
T. 1000

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
(RM-559) - TEO 1998

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAMA
EMITA CONFORME O ORIGINAL
DANE MOSSORO 18.05.2020
BMS
SAME / ARQUIVO

Ondina. 22/09/2022.

Quero o livro
expansão do Direito Civil
Branco, do ASS e MIB
Nº. 111.

Dr. Ricardo M. Ribeiro

Av. B. B. B.

Dr. Ribeiro

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-5521 TEO/1948

HOSPITAL REGIONAL TARCILIA
PELA CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 18/09/2022
B. B. B.
SANEAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Maria Uendilma da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.488.253

04/05/2016

MARIA UENDILMA DA SILVA

JOSE RAIMUNDO DA SILVA
MARIA DA CONCEICAO SILVA

NATURALIDADE
MOSSORO RN

CERT. DE NASCIMENTO L-BA
MOSSORO RN-2 CARTARIO

26/01/1975

F-33 R6-1726

967.268.504-78

JOSEBUAS FERREIRA DO N. JUNIOR
COORDENADOR DA IDENTIFICACAO
ASSINATURA DO DETECTOR (TEP/RN)

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

[illegible]

DETTRAN - RN Nº 014693781179

DETRAN - RN
Nº 014693781173
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

| WA | COO RENAVAM | PNTRC | EXERCICIO |
|----|-------------|-------|-----------|
| 1 | 0101361498 | ***** | 2019 |



077.075.86 OFF-CAMU PLACA PMT3A7D

PLACA 1177/UF
PMT3070/05

| | |
|------------------------------------|---------------|
| ENGINE NO./NOTIFICATION NO. & DATE | COMBUSTIBLE |
| | ALCOHOL-GASOL |

| | | |
|---------------------|----------|----------|
| MARCA/MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. |
| DA/CZ 150 TITAN ESD | 2014 | 2014 |

| | | |
|-----------------|------------|------------------|
| - CAP/NOT VUL. | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
| 149-RELLINDACAS | PARTICULAR | BRANCO |

| | | |
|------------|------------------|-------------|
| COTA UNICA | VENC. COTA UNICA | VENC./COTAS |
| 0.00 | 13/06/2019 | 1º PAGO |

| 2º | PAGO |
|---------------------|-----------|
| PARCELAMENTO/QUOTAS | |
| 2800 3x | R\$ 20,66 |

| | | | |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| ANEXO (R\$) | IOF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| TAXAS ESTRANJEIRO PAGO | | *** DEBITO PAGO | |

| OBSERVAÇÕES | |
|----------------------|--------------------|
| N. F.D. EM FAVOR DE: | 01.149.953/0001-89 |

R/NZ1556509147

0307/PN 25/11/2019 DATA

Curiosamente, nel 1954, a
Cassidy, il più famoso dei "beatniks",
fu chiesto di recarsi a Washington
per discutere con il presidente
Eisenhower.

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESTRE O SERVIÇO EM CARGA À PESSOA
TRANSFORMADORA OUTRAO SEGURO DPVAT

ARN N° 014693781173 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

| | |
|-----------|--------------|
| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
| 2019 | 25/11/2019 |

| | | |
|----|----------------|---------|
| MA | QPF / CNPJ | PLACA |
| | 077.075.964-68 | PMT3A70 |

| | |
|-------------|------------------------|
| RENAMAM | MARCA / MODELO |
| 01013614590 | HONDA/CG 150 TITAN 3RD |

| | | |
|------------|--------------|-------------------|
| — ANO FAB. | — CAT. NOME. | — Nº CHASSI |
| 2014 | S | 9C2KCL650ER609147 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| | | |
|-------------|------------------|-------------------------|
| — FNS (R\$) | — DES(TRAN (R\$) | — CUSTO DO SEGURO (R\$) |
|-------------|------------------|-------------------------|

| | | |
|------------------------|-----------|---------------------------------|
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IDF (R\$) | TOTAL A SER PAGO SEGUINDO (R\$) |
|------------------------|-----------|---------------------------------|

| | | |
|-------------------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO |
|-------------------------------------|---|------------------|

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

FEB-2019

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 |


INSTITUTO BRASILEIRO DE NORMAS
 Rua Francisco Augusto Fernandes - 120/130
 São Paulo - SP - 05411-000

Reconhecimento de Firma 2020-008303

Assinatura por autenticação e data de:

PEJEANE SEZERRA DA COSTA

Assinada na presença de: 14

At testamento de verdade: Processo: RN. 04/08/2020 11:04:41

Selo Digital: RN2020040800020210YFH

Para consultar a assinatura digital: <https://selodigital.ibn.gov.br>
 ENDEREÇO: 2,23 COMPRIM. 0,85
 TPO: 0,5 0,0015-0,014 0,0001-0,0001

LUIS FERRAZ DE LIMA - ESCRIVÃO

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 Rejane Bezerra da Costa
RG 264 4330 e CPF 054.995.304-32
declaro para os devidos fins que sou titular 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

*Rejane 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: Regiane Bezerra da 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: Regiane Bezerra da Costa 6 - CPF: 054.995.304-32
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Venâncio Braz 9 - Número: 321 10 - Complemento: Uco
11 - Bairro: Paredões 12 - Cidade: Matozinhos 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59610-140
15 - E-mail: Moço 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 3226 CONTA: 74791
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Regiane Bezerra da Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

