
Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200108611

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

Data do Acidente: 27/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE FRANCA PEREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO GONCALVES DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200108611

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

Data do Acidente: 27/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE FRANCA PEREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO GONCALVES DE MELO

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RONALDO GONCALVES DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001038-3

Conta: 000000700087-1

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3390431799 3 - CPF da vítima: 914.284.684.04 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Gonçalves de Melo

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

5 - Nome completo: Ronaldo Gonçalves de Melo 6 - CPF: 914.284.684.04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Baixa do Arroz 9 - Número: 40 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caico/RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.300-000
15 - E-mail: (84) 9.9626.2909

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 0700087 1
(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 (s) (vivo(s))? ☐ 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, Caico/RN, 10/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 3390431799 3 - CPF da vítima: 914.284.684.04 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Gonçalves de Melo

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

5 - Nome completo: Ronaldo Gonçalves de Melo 6 - CPF: 914.284.684.04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Baixa do Arroz 9 - Número: 40 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caico/RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.300-000
15 - E-mail: (84) 9-9626-2909

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 0700087 1
(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 (vivasor)? ☐ 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, Caico/RN, 10/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
Gus	27.05.19	08:12	36

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME		DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
RONALDO GONCALVES DE MELO		05.10.58	60	M
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS	
214 284 684-04	1 64 5622		704 0033 8346 5060	
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR	
CAIÇÓ	SEPARADO	AGRICULTOR	B	
NOME DA MÃE		NOME DO PAI		
SILVINA SANTOS MELO		EMÍLIO GONCALVES MELO		
ENDEREÇO		BAIRRO		
FL BAIXA DO AMOR		Z. RURAL		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO		ESCOLARIDADE	
CAIÇÓ	96262908		Primário	
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?	
☒ ESPONTÂNEA ☐ CORPO DE BOMBEIROS			☐ SIM ☐ NÃO	
☐ SAMU ☐ POLÍCIA MILITAR			☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ OUTRO:	

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: 131x69 mmHg	FC: 91 bpm	FR: irpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 96 %	Glicemia: 149 mg/dl
-----------------	------------	----------	------------------	------------	---------------------

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL				ESCALA DE GLASGOW <table border="1"> <tr> <th>AO</th> <th>RV</th> <th>RM</th> <th>AP</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td></td> <td>15</td> </tr> </table>					AO	RV	RM	AP	TOTAL	4	5	6		15	ESCORE DE DOR <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> </table>					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AO	RV	RM	AP	TOTAL																													
4	5	6		15																													
1	2	3	4	5																													
6	7	8	9	10																													
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE																													
EDEMA EM JOELHO ÀS QUERAS				POT. SOFREU QUINTO VÍCIO EMPURADO DE BARRA. NO MOMENTO O/ DEFORMIDADE EM JOELHO.																													
ALERGIAS				COMORBIDADES																													
NEGA				HAS + DM																													
OBSERVAÇÃO OBJETIVA				HORA																													
TOMOU 1g DE DILIRONA HOJE				HORA 08:26																													
AVALIAÇÃO				REAValiação																													
				HORA 08:26																													

Jardônia A. da Silva Noronha
 COREN/SP 264.857 - EM ESP
 ENFERMEIRO
 PLANTONISTA/COREN

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

DIAGNÓSTICO INICIAL
Edema no joelho e vermelha por uma mancha de urticária

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS	☐ TGO + TGP	☐ GASOMETRIA ARTERIAL	☐ ELETROCARDIOGRAMA
☐ UREIA + CREATININA	☐ CKMB + CPK	☐ COAGULOGRAMA	☒ RAIO-X: joelho e em AP/L
☐ GLICEMIA	☐ TROPONINA	☐ EAS	☐ TOMOGRAFIA:
☐ AMILASE	☐ IONOGRAMA	☐ PCR	☐ OUTROS:

BRABESCO

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: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO GONCALVES DE MELO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000000700087-1

Nr. Autenticação

BRABESCO1803202005000000000023701038000000700087168750 PAGO

Copyright © 2010 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as may be permitted in writing by John Wiley & Sons, Inc. This publication is intended to provide accurate and authoritative information in regard to the subject matter covered. It is sold with the understanding that the publisher is not engaged in rendering legal, accounting, or other professional service. If legal advice or other expert assistance is required, the services of a competent professional person should be sought. This publication is printed on acid-free paper. Printed in the United States of America. 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

**COSERN**

NOTA FISCAL - FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 152, Bordo, Natal - RN - CEP 58025-250
CNPJ 08.324.186/0001-81 | Ins. Est. 20085199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE DE FRANCA PEREIRA

CPF: 028.319.804-72

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

Nº DA BILHETE: 034324574

Nº DO SUBST: 3000572802

Nº DO SUBST: 1819031

11/12/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAJOR CAZUZA 847

CENTRO URBANO
TIGELA-BA DO DATISTAS RN
59320-000CONTROLE DE CONTAS
7005103104 12/2019
DATA DE VENCIMENTO: 08/01/2020
11/01/2020
Valor a pagar: 278,44

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VVA)	314,0000000	0,73086720	227,58
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,31
Acrescimo Bandeira VERMELHA			12,40
Contribuição Pública Municipal			58,15

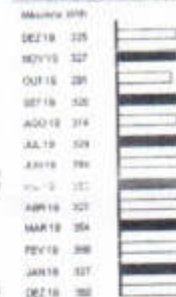
TOTAL DA FATURA

278,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LITURA	ATUAL DATA	ATUAL LITURA	IP DE CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
310303028	047	11-11-2019	25 946,20	11-12-2019	26 871,00	30	1,00000	518,30

HISTÓRICO DE CONSUMO



COMPOSIÇÃO DE CONSUMO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	25,27	27,22
PT	25,27	2,72
COPINS	25,27	2,72

COMPOSIÇÃO DE CONSUMO	VALOR DO IMPORTE	%
Geração de Energia	R\$ 85,38	30,68%
Transmissão	R\$ 8,72	3,13%
Distribuição de Energia	R\$ 64,88	23,28%
Perdas de Energia	R\$ 14,73	5,29%
Energia Setorial	R\$ 12,75	4,58%
Tratamento	R\$ 17,79	6,39%
Total	R\$ 283,27	100%

TAXA APLICÁVEL: 0,0000000

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Consumo Ativo (VVA)

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Franca Pereira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 626.314.694 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Romildo Gonçalves de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 914.284.684 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Romildo Gonçalves de Melo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 914.284.684 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:
☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Major Lazzeri</u>	Número: <u>647</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Timbaúba dos Batistas</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>zeca@timbauba.com</u>	CEP: <u>59.320-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 9.9622-0813</u>

Local e Data: Timbaúba dos Batistas/RN;

José de Franca Pereira
Assinatura do Declarante



☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS	☐ TGO + TGP	☐ GASOMETRIA ARTERIAL	☐ ELETROCARDIOGRAMA
☐ UREIA + CREATININA	☐ CKMB + CPK	☐ COAGULOGRAMA	☒ RAIO-X: <u>peito e em APL</u>
☐ GLICEMIA	☐ TROPONINA	☐ EAS	☐ TOMOGRAFIA: _____
☐ AMILASE	☐ IONOGRAMA	☐ PCR	☐ OUTROS: _____



41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <u>Ronaldo Gonçalves de Melo</u>			
REGISTRO/PRONTUÁRIO: <u>029 948</u>		DATA NASCIMENTO: <u>05.10.58</u>	
SEXO: <u>M</u>			
ENDEREÇO (Rua, Número): <u>Fazenda Baixa do Atroz</u>		BAIRRO: <u>Zona Rural</u>	
MUNICÍPIO: <u>Caicó</u>		UF: <u>RN</u>	CEP: <u>59300-000</u>
		TELEFONE: <u>9636 3909</u>	
NOME DO PAI: <u>Gomêlio Gonçalves de Melo</u>		NOME DA MÃE: <u>Silvina Santos de Melo</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Rafael (Filho)</u>			
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)			
CÓDIGO: () MÉDICA (X) ORTOPÉDIA () CIRÚRGICA () PEDIATRIA		ENFERMARIA/LEITO: INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE () DE TRABALHO () DE TRANSITO () DE OUTROS FINS () NÃO	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura de fêmur</u>			
INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA?	
DATA	HORA	() SIM	() NÃO
PROCEDÊNCIA:		UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE	
		CARATÉR DE INTERNAÇÃO: () ELETIVA () NORMAL (X) EMERGÊNCIA	
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)			
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição): <u>Tueteir</u>		TIPO DE PROCEDIMENTO: (X) LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO () POTENCIAL M. CONTAMINADO	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição):		DATA:	HORA:
APRESENTOU INFECÇÃO? () HOSPITALAR () COMUNITARIA (X) NÃO		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: (X) PROFILATICAMENTE () NÃO () TERAPEUTICAMENTE	
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): () ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS () ÓBITO APÓS 24 HORAS		SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA () CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO () ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO () INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLETETAÇÃO F.DE ACIDENTE	
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)			
INDICAÇÃO CLÍNICA:		DESTINO:	
PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: () SIM () NÃO	
CAUSA MORTE:		MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) <u>Ortopedista e Traumatologista</u> CRM-RN 4419 - TROTT 9924 CPF 921.120.284-45	



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Pátio Imigração Sabugi, 511 - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefex: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MP): 08.241.754/0135-87

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente	Nº Registro	Data Admissão
Ronaldo Gonçalves de Melo		

Nome do Procedimento Cirúrgico
Fúnd. c. fúnd.

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)				Duração	Gazes	Compr	Drenos
Data	Início	Término					
21/05/19							

DATA

21/05/19

Início da lesão lateral pela t

Redução com elevação da parede deprimida e placa lateral

Aplicação de curativos no local

Heranforne

Suturas

Encerrado

Cirurgião  Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - T1807 9819
CNP 031.728.284-48

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 039248

DATA: 28.05.2019

NOME DO PACIENTE:

Romaldo Gonçalves de Melo

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

fractura de fêmur com
osteíte crônica

Dor de bordado

Indicação

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fractura de fêmur

ASSINATURA DO MÉDICO:

B

S HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Ronaldo Gonçalves de Melo

Data de nascimento: 05/10/1958 Idade: 60 Sexo: ☒ M ☐ F

Nome da Mãe: Elvira Gonçalves de Melo

Número do prontuário: _____ Cartão do SUS: _____

Endereço: Av. Baur de Anas

Cidade de procedência: Cariacica

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 23/05/19

Sector de procedência: ☐ Clin. cirúrgica ☐ Clin. médica ☐ UTM ☐ Urgência Enfileite: _____

Jejum? ☒ Sim Tempo de Jejum: desde 05h ☐ Não Tipo de alimentação: _____

Alergias? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Lateralidade? ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ NA

Retirada de adornos e/ou próteses? ☒ Sim ☐ Não ☐ NA

Uso de marcapasso? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Profilaxia para TEV? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Comorbidades? ☒ Sim Quais? DMA + HAS ☐ Não

Uso contínuo de medicamentos? ☒ Sim Quais? Losartane + Metformina ☐ Não

Sinais vitais: PA: _____ mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: _____ °C

Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? ☒ Sim ☐ Não

Prontuário? ☐ Sim ☐ Não

Transporte seguro até o centro cirúrgico? ☒ Sim ☐ Não

Tipo de transporte: ☒ Maca ☐ Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às 11h30min

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: Valma Pereira (Assinatura/Carimbo) 2445

TRANS-OPERATÓRIO

Chegada do paciente às 11h45min Sala de cirurgia nº 04

Checkagem de equipamentos e da sala ☒ Oxigênio/oxímetro ☒ Focos de luz

☒ Camo de anestesia + alarmes ☒ Bisturi elétrico + placa ☒ BIC

☒ Aspirador ☒ Realizada desinfecção da sala ☒ Validação das embalagens esterilizadas

Tipo de procedimento: Plata tibial esquerda Raqui

Tipo de anestesia: Plata tibial esquerda Raqui

Equipe cirúrgica

Cirurgião: Dr. Sibus Filio Cirurgião/Auxiliar: Dr. Gabriel

Anestesiista: Dr. Francisco Instrumentador: Socorro

Circulante(s): Valdemir, Joice

Transposição do paciente: ☒ Maca e mesa niveladas ☒ Trava da maca e da mesa cirúrgica

Risco de perda sanguínea? ☐ Sim (2 AVP calibrosos) ☒ Não



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Calcó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA:

108

LEITO:

02

DATA DE ADMISSÃO: 28/05/19

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo

Hora de admissão: 10:00h

DADOS SOCIAIS

Idade: 60a

Estado civil: casado

Espiritualidade: Católico

Ocupação: Agicultor

Sexo: Masculino

Procedência: ☒ Residência ☐ Serviço de saúde

☐ Setor:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Fratura Joelho Esquerdo

Queixa principal: Dor no Membro Atingido

Estado emocional: ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Irritado ☐ Triste ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Coma

HISTÓRIA DE SAÚDE

Comorbidades: DM + HAS

Alergias: Nega

Medicações de uso contínuo: Lorazepam + Metformina + Simvastina

Dor: ☒ Sim ☐ Não, local:

Medicamento para controle:

Intensidade: 8 (0 a 10)

Resolutividade: ☒ Sim ☐ Não



EXAME FÍSICO

Estado geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave

SINAIS VITAIS

PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ % HGT:

FUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Torporoso

☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☒ Comunicativo ☐ Não comunicativo

Sono/repouso: Preservados

Responsivo aos estímulos: ☒ Verbais ☒ Dolorosos ☐ Oculares ☐ Térmicos

Crise convulsiva: ☐ Sim ☒ Não Se sim, quantos episódios:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Abertura ocular espontânea	4
	Abertura ocular ao comando	3
	Abertura ocular a dor	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5
	Desorientado, confuso	4
	Palavras desconexas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
RESPOSTA MOTORA	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulo de dor	5
	Reflexo de retirada a dor	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Ausente	1
	Não testável	NT

Confere com o Original
Calcó - RN, 30/05/2019

Assinatura: [assinatura]
Albuquerque
MAT: 95278-8



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 108	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 28.05.19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029.248	
NOME DO PACIENTE: Renato Gonçalves de Melo		HD: Fratura fêmur E	
DATA E HORA: 29.05.19		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta: oral para HAS e DM		☐ Sonda:	
Drogas vasoativas: ☒ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia: sim		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem: Risco de integridade de pele.			
Prescrição de enfermagem: Orientação de hidratação cutânea + mudança de decúbito			
Evolução: Paciente em EG Regular; eliminações + e espon-tâneas, em uso de tala no MIE; sem queixas no momento. segue aos cuidados da equipe			

Dr. Nélson C. P. A.
CRM 97886
Raquel Teixeira
Enfermeira
UERN - Caicó/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE:		HD:	
DATA E HORA:		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
☐ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta:		☐ Sonda:	
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução:			

Confere com o Crlgi.al
Caicó - RN, 29/05/2019
MAT: 95278-8

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Romildo Gonçalves de Melo</u>	Nº de Registro				Data Admissão					
	0	2	9	2	4	8	2	8	0	5

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
28/05/19	12h00min	Paciente, idoso, 60 anos, admitido no centro cirúrgico para realizar platô em tibia esquerda. Teve jejum desde as 05h30min. Tomou um pouco de café nesse horário e os medicamentos: HAS e DM em uso de manutenção. Foi submetido a anestesia raqui para realizar o procedimento. Durante a cirurgia houve quebra da garantia da esterilização dos campos cirúrgicos pois uma máscara parou no campo, mesmo após inspeção da sala. Foi finalizado o procedimento e o paciente foi encaminhado para a clínica cirúrgica na maca às 13h15min.	
30.05.19	09:00	Paciente em clínica cirúrgica. Foi realizado o procedimento cirúrgico de fratura com elástico e realização do platô lateral, evolução clínica boa e recebeu alta hospitalar pelo fato de não haver mais dor, com o platô fixado.	

Ressonância Magnética
Densitometria Óssea
Raio-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultrassonografia Geral e com Doppler



**INSTITUTO
DE RADIOLOGIA
DE CAICÓ**

REGISTRO Nº 34823/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

LAUDO

NOME DO PACIENTE.....: RONALDO GONÇALVES DE MELO

MÉDICO SOLICITANTE.: DR. SILVIO FILHO

CONVÊNIO.....: SUS

EXAME SOLICITADO.....: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

DATA DO EXAME.....: 27.05.2019

CIDADE.....: CAICÓ-RN

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados helicoidais, axiais com 0,7mm de espessura com técnica partes moles e estruturas ósseas, sem uso de meio de contraste endovenoso, com reconstruções nos planos coronais e sagitais, que revelou:

Edema de partes moles.

Ausência de processos expansivos e calcificações patológicas em ambas as pernas.

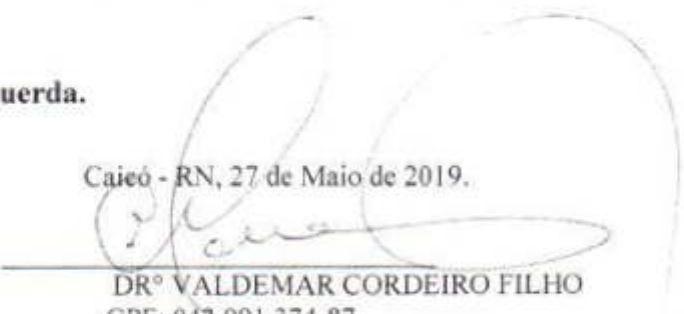
Sinais de fratura em bico de gaita transcodiliana na tíbia esquerda.

Fratura cominutiva no platô tibial esquerdo.

Espaços articulares preservados, não observando-se redução ou esclerose subcondrais.

CONCLUSÃO: Fratura na tíbia proximal esquerda.

Caicó - RN, 27 de Maio de 2019.


DRº VALDEMAR CORDEIRO FILHO

CPF: 043.991.374-87

CRM: 613/RN

Ass. Digitalizada

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através de interpretação do médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpidio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:	Polivictor Leopoldo		
DATA:	29-5-19	LEITO:	10-108-2
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS				DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
							08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01-																		
02-																		
03-																		
04-																		
05-																		
06-																		
07-																		
08-																		
09-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		
16-																		
17-																		
18-																		
19-																		
20-																		
21-																		

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Sistema Único do SUS

RONALDO GONCALVES DE MELO

Data Nasc.: 05/10/1958 Sexo: M

704 0033 8346 5060



SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

Nome: RONALDO GONCALVES DE MELO

RG: 1445622 ITAP RM

CPF: 214.284.684-04 Data Nascimento: 05/10/1958

Função: EMILIO GONCALVES DE MELO
SILVINA SANTOS DE MELO

Permissão: ACC CAHNA 720

1ª Habilitação: 17/06/1979

2ª Habilitação: 26/03/2020

1031720351

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROIBIDA PLASTIFICAR

1031720351

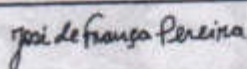
Assinatura do Portador: *Ronaldo Gonçalves de Melo*

Assinatura do Detran: *Ronaldo de Faria*

Local: CAICO, RN Data Emissão: 30/03/2015

80300198479 308702165369

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTeira NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME		JOSE DE FRANCA PEREIRA					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF		772406 SSP RN					
CPF		626.319.694-72		DATA NASCIMENTO		05/09/1968	
FILIAÇÃO		LUIZ DE FRANCA PEREIRA BRIGIDA PEREIRA DANTAS					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB			
Nº REGISTRO		00867883806		VALIDADE		15/04/1994	
OBSERVAÇÕES							
Assinatura do Portador							
LOCAL		CAICO, RN		DATA EMISSÃO		30/10/2019	
PROIBIDO PLASIFICAR		1929348264		84366227830		RN706566777	
RIO GRANDE DO NORTE							

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014242010954
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00150516932 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
RAFAEL RICELLE ALVES DE MELO

CPF / CNPJ
082.404.594-71

PLACA
MZD6144

PLACA ANT. / LP
MZD6144 / RN

CHASSI
9C2KC15209R101799

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. ANO MOD.
2009 2009

CAP. / POT. / CIL.
OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
R\$ 0,00

VENC. COTA ÚNICA
11/04/2019

VENC. COTAS
1º PAGO

FAIXA LPVA
A 002808 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC15E29101799

CAICO/RN

DATA

18/02/2019

Siderley Bezerra da Silva
CONDOMÍNIO DE REGISTRO DE VEÍCULOS
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014242010954 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

VIA 1

CPF / CNPJ
082.404.594-71

PLACA
MZD6144

RENAVAM
00150516932

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.
2009

CAT. TAB.
9

Nº CHASSI
9C2KC15209R101799

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

COTA SERVIDOR SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086195/20

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

CPF: 214.284.684-04

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 27/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO GONCALVES DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DE FRANCA PEREIRA : 626.319.694-72

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

RONALDO GONCALVES DE MELO : 214.284.684-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: JOSE DE FRANCA PEREIRA
CPF: 626.319.694-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

JOSE DE FRANCA PEREIRA

BRENO SANTANA DE ANDRADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200108611 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO **Data do acidente:** 27/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Ronaldo Gonçalves de Melo, Nacionalidade brasileira(o),
estado civil, Divorciado, profissão, Agricultor, residente
e domiciliada(o), na (o) Sítio Baixa do Anroz Nº 40, Bairro,
Caico/RN Município de

Estado de (o) Rio Grande do Norte/RN CEP, 59.300-000

Portador(a) do RG: 164.5622, SSP RN, CPF: 214.284.684-04

Outorgado:

José de França Pereira, Nacionalidade brasileira(o), estado civil solteiro, profissão técnico enfermagem, residente e domiciliado na rua, Major Cazuza nº 647, Centro, Município de Timbaúba dos Batistas/RN, Cep: 59.320-000, Estado do Rio Grande do Norte/RN, portador (a) do RG: 772406 SSP/RN, CPF: 626.319.694-72.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeio e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador(a), para a fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consórcio de seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) senhor (a) Ronaldo Gonçalves de Melo

Ocorrido em 27/05/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo, meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT, a ser creditado em conta bancária de minha titularidade conforme, a autorização de pagamento de sinistro e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Caico/RN, 04 de junho de 20 19

Ronaldo Gonçalves de Melo

Outorgante

CPF: 214.284.684-04

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200108611 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO **Data do acidente:** 27/05/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 4.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50