

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

085.715.634-97

4 - Nome completo da vítima:

JAKSON MARIANO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

JAKSON MARIANO DA SILVA

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SÍTIO GARCIA

6 - CPF:

085.715.634-97

9 - Número:

8799

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

RAFAEL GODEIRO

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.740-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 998650496

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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)

☐ 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RAFAEL GODEIRO/RN, 04/01/2021

Jakson Mariano da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - 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: 25/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAKSON MARIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05894-7

CONTA: 000000005732-0

Nr. Autenticação

BRADESCO2501202105000000000023705894000000005732270000 PAGO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**
RUAMERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-91
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

**COSERN**

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

WELLINGTON BERTOLDO DE LIMA

CPF: 303.842.384-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI GARCIA 8799

ZONA RURAL/ÁREA RURAL

58740-000 RAFAEL GODEIRO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO**26/08/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

19/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

048998485

Série: 0

CONTA CONTRATO

007005133992

Nº DO CLIENTE

3009689162

Nº DA INSTALAÇÃO

0001665288

CLASSIFICAÇÃO**B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL**
Trifásico**RESERVADO AO FISCO****857B.DE9D.F2A6.B87B.6737.78C5.C571.12F1****DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	1.201,00	0,30253059	363,81
Consumo Ativo(KWh)-TE	1.201,00	0,28343412	340,38
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			28,87
Contrib. Hum. Pública Munic(%)			2,20
Multa por atraso-NF 045612143 - 20/07/20			14,84
Juros por atraso-NF 045612143 - 20/07/20			1,87
Atualização IGPM-NF 045612143 - 20/07/20			4,28
TOTAL DA FATURA			730,36

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
680,18	18,00	122,43	680,18	1,24	8,43
			680,18	5,89	39,70

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh)-TUSD 0,30253059

Consumo Ativo(KWh)-TE 0,28343412

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Período	Valor (KWh)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	AGO 20	1201
Consumo Ativo(KWh)-TE	JUL 20	1386
	JUN 20	1386
	MAY 20	1368
	ABR 20	1410
	MAR 20	954
	FEV 20	1485
	JAN 20	1606
	DEZ 19	1238
	NOV 19	1299
	OUT 19	1220
	SET 19	1098
	AGO 19	852

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (KWh)	%
Geração de Energia	228,75	33,78
Transmissão	31,45	4,52
Distribuição (Cosern)	110,24	15,08
Encargos Setoriais	35,79	5,33
Perdas de Energia	42,84	6,31
TOTAL	649,07	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS/ANO	SERIE DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002170856788	CAT	20/07/2020 34.356,00	19/08/2020 35.055,00	30	1,00000	0,00	1.201,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 19/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
jul/2020					
DC-Medida horas sem Energia		0,00	10,44	20,88	41,76
RC-Medida horas sem Energia		0,00	2,98	15,70	30,39
DNRC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	4,58	0,00	0,00
Limite DNRC: 18,00					
DC-Rateio de Energia de Uso = R\$ 273,11					
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação das indicações DC, RC, DNRC e DTRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! marta variedades; av benedito juliao de medeiros, 46, centro / martins
imobiliária: av benedito juliao de medeiros 46, centro/jeta completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Solução de Consulta N. 58/2013 - COJUR.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 149,32.
O Cliente é compensado quando há de cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	348	396

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**DESTAQUE AQUI**

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007005133992	08/2020	0,00	26/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**
RUAMERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-91
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

WELLINGTON BERTOLDO DE LIMA

CPF: 303.842.384-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI GARCIA 8799

ZONA RURAL/ÁREA RURAL

58740-000 RAFAEL GODEIRO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

048998485

Série: 0

CONTA CONTRATO

007005133992

Nº DO CLIENTE

3009689162

Nº DA INSTALAÇÃO

0001665288

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

857B.DE9D.F2A6.B87B.6737.78C5.C571.12F1

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	1.201,00	0,30293059	363,81
Consumo Ativo(KWh)-TE	1.201,00	0,28343412	316,88
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			28,87
Contrib. Hum. Pública Municipal			2,20
Multa por atraso-NF 045612143 - 20/07/20			14,84
Juros por atraso-NF 045612143 - 20/07/20			1,87
Atualização IGPM-NF 045612143 - 20/07/20			4,28
TOTAL DA FATURA			730,86

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
680,19	18,00	122,43	680,19	1,24	8,43
			680,19	5,89	39,70

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh)-TUSD 0,30293059
Consumo Ativo(KWh)-TE 0,28343412

HISTÓRICO DO CONSUMO

					KWh
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,30293059	AGO	20		1201
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,28343412	JUL	20		1386
		JUN	20		1386
		MAY	20		1368
		ABR	20		1410
		MAR	20		954
		FEV	20		1485
		JAN	20		1606
		DEZ	19		1238
		NOV	19		1299
		OUT	19		1220
		SET	19		1098
		AGO	19		952

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	228,75	31,38
Transmissão	31,45	4,32
Distribuição (Cosern)	170,24	23,30
Encargos Setoriais	35,79	4,93
Tributos	148,16	20,28
Perdas de Energia	42,84	5,89
TOTAL	680,19	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002170856788	CAT	20/07/2020	34.356,00	19/08/2020	35.055,00	30	1,00000	0,00	1.201,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
jul/2020					
DC-Não se trata com Energia		0,00	10,44	20,88	41,76
RC-Não se trata com Energia		0,00	2,98	15,70	30,89
DNRC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	4,58	0,00	0,00
Limite DNRC: 18,00					
DC-R-Duração de interrupção em dia crítico					
ERD-Valor do Enxerto de Voz - R\$ 275,11					
Toda Consumidora pode solicitar a aplicação das indicações DC, RC, DNRC e ERD a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! muita variedades; av benedito juliao de medeiros, 46, centro / martins
imobiliária: av benedito juliao de medeiros 46, centro. Jeta completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Solução de Consulta N. 58/2013 - COJUR.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 149,32.
O Cliente é compensado quando há de cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	348	396

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007005133992	08/2020	0,00	26/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**
RUAMERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-91
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

**COSERN**

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

WELLINGTON BERTOLDO DE LIMA

CPF: 303.842.384-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI GARCIA 8799

ZONA RURAL/ÁREA RURAL

58740-000 RAFAEL GODEIRO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO**26/08/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

19/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

048998485

Série: 0

CONTA CONTRATO

007005133992

Nº DO CLIENTE

3009689162

Nº DA INSTALAÇÃO

0001665288

CLASSIFICAÇÃO**B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL**
Trifásico**RESERVADO AO FISCO**

857B.D59D.F2A6.B87B.6737.78C5.C571.12F1

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	1.201,00	0,30293059	363,81
Consumo Ativo(KWh)-TE	1.201,00	0,28343412	316,88
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			28,87
Contrib. Hum. Pública Municipal			2,20
Multa por atraso-NF 045612143 - 20/07/20			14,84
Juros por atraso-NF 045612143 - 20/07/20			1,87
Atualização IGPM-NF 045612143 - 20/07/20			4,28
TOTAL DA FATURA			730,86

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
680,18	18,00	122,43	680,18	1,24	8,43
			680,18	5,89	39,70

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh)-TUSD 0,30293059

Consumo Ativo(KWh)-TE 0,28343412

HISTÓRICO DO CONSUMO

											KWh
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,30293059	AGO	20		1201	1201					1201
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,28343412	JUL	20		1386	1386					1386
		JUN	20		1386	1386					1386
		MAY	20		1368	1368					1368
		ABR	20		1410	1410					1410
		MAR	20		954	954					954
		FEV	20		1485	1485					1485
		JAN	20		1606	1606					1606
		DEZ	19		1238	1238					1238
		NOV	19		1299	1299					1299
		OUT	19		1220	1220					1220
		SET	19		1098	1098					1098
		AGO	19		952	952					952

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia 228,75 31,78

Transmissão 31,45 4,32

Distribuição (Cosern) 110,24 15,08

Encargos Setoriais 35,79 4,93

Tributos 148,16 20,29

Perdas de Energia 42,84 5,81

TOTAL 840,18 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	SÍMBOLO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002170856788	CAT	20/07/2020	34.356,00	19/08/2020	35.055,00	30	1,00000	0,00	1.201,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
jul/2020					
DC-Medida horas sem Energia		0,00	10,44	20,88	41,76
RC-Medida horas sem Energia		0,00	2,98	15,70	30,39
DNRC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	4,58	0,00	0,00
Limite DNRC: 18,00					
DCRS-Duração de interrupção em dia crítico					
ERSD-Valor do Enxerto de Voto - R\$ 273,11					
Toda Consumidora pode solicitar a aplicação das indicações DC, RC, DNRC e DRSI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! muita variedades; av benedito juliao de medeiros, 46, centro / martins
imobiliária: av benedito juliao de medeiros 46, centro/leta completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Solução de Consulta N. 58/2013 - COJUR.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 149,32.
O Cliente é compensado quando há de cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	348	396

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**DESTAQUE AQUI**

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007005133992	08/2020	0,00	26/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 01 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.899.394 / 48, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAKSON MARIANO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.715.634 / 97

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAKSON MARIANO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.715.634 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da 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>SÍTIO GARCIA</u>	Número: <u>8799</u>	Complemento:
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>RAFAEL GODEIRO</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59.740-000</u>	Tel. (DDD):

Local e Data: RAFAEL GODEIRO / RN, 04/01/2021

Pedro Emanuel Domingos Leite
Assinatura do Declarante

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

REF: 085215634-7



HOSPITAL: H. N. N. H. S. DATA: 19/09/2020 HORA: 18:40
 PACIENTE: Joséon Mariano da Silva N. C. SUS: 8980039 0360 8563
 DATA DE NASCIMENTO: 23/12/1988 IDADE: 33 COR: B. EST. CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Agricultor
 NATURALIDADE: Pádua ENDEREÇO: 52 Ganga CIDADE: Legal UF: PA
 FILIAÇÃO: Waldnei Mariano & Pádua família Maria TELEFONE: _____

ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acolhimento (☒) Emergência (☐) Urgência (☐) Não Urgência (☐) Acidente de Trabalho (☐) Acidente de Trânsito (☐) Outros

QUEIXAS: Acidente de moto.

Acidentes de Alérgicos:

Has (☐) DM (☐) Classificação:

Assinatura:

EXAME FÍSICO	Peso	TEMPERATURA Cº	PA: mmHg	F. C.	F. R: HGT	Pulso	Assinatura Tec.
			<u>140 x 90</u>				

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Enfermagem
------	-------------------	---------	---------------------

19/09/2020 Paciente eferente de trauma, vítima de acidente de moto, com lesões abertas, em pé direito, mas com fratura exposta nas pernas: anel e metacarpo médio do pé direito.

Após avaliação, encaminhado para Serviço de Emergência do Hospital Regional de Pádua para tratamento cirúrgico.

Conduta é Transmissão.

Assinatura: Rafael Godeiro

Assinatura: Rafael Godeiro

Assinatura: Rafael Godeiro

Assinatura: Rafael Godeiro

Assinatura: Rafael Godeiro

Assinatura: Rafael Godeiro

CONDUTA: (☐) Medicação (☒) Observação (☐) Laudo para AIIH

Assinatura: Rafael Godeiro

TEVE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 06200415

DELEGADO CIVIL PARA CUIABÁ (CUIABÁ) (CUIABÁ) (CUIABÁ)

IDENTIFICACAO

06200415

06200415

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE

IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF
PEDERO ENANGEL DOMINGOS LEITE

PRENOME
FRANCISCO DOMINGOS DE OLIVEIRA NETO

NOME
MARIA DO SOCORRO LEITE OLIVEIRA

NACIONALIDADE
PORTUGUESA BOMBA-BA

DATA DE NASCIMENTO
17/12/1987

SEX
M

CPF
06200415 - SPF-BN

DATA DE EXERCICIO
06/06/2004

DATA DE EXERCICIO
01/20/02/2012

DATA DE EXERCICIO
01/20/02/2012

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

POLEGA DIREITO

Jackson Mariano da Silva
ASSINATURA OSCILLAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002 946 992

21/08/2017

JACKSON MARIANO DA SILVA

VALDECI MARIANO
MORA FERREIRA MATA

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1988

CERT. DE CASAMENTO Nº 1513 86-910
ALMIRAO AGUIAR AN CARVALHO LUIZ CARTEIRO

085.115.114-87

24 VIA

LEI 7.311/66

DETRAN - RN

819795458

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM

00360792014

PLACA

NOF8C27

EXERCÍCIO

2020

ANO FABRICAÇÃO

2011

ANO MODELO

2012



Valide este QRCode com app Vivo

ESPÉCIE / TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO

HONDA/POP100

PLACA ANTERIOR / UF

NOF8227/RN

CHASSI

9C2HB0210CR412464

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

CATEGORIA

PARTICULAR

CAPACIDADE

*, *

POTÊNCIA/CILINDRADA

OCV/97

PESO BRUTO TOTAL

0.25

MOTOR

HB02E1C412464

CMT

*, *

EIXOS

*

LOTAÇÃO

02P

CARROCERIA

NÃO APLICÁVEL

NOME

JAKSON MARIANO DA SILVA

CPF / CNP

085.715.634-97

LOCAL

RAFAEL GODEIRO RN

DATA

01/07/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

Nº 97825458

CAT. TARIF

*

DATA DE QUITAÇÃO

*

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$)

*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

*

CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$)

*

REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$)

*

VALOR DO IQ+ (R\$)

*

VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

*

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

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

Todos os cidadãos, residentes em território nacional, estão cobertos, seja eles motoristas, passageiros ou pedestres. Da entrada do Seguro DPVAT é gratuita e não é necessária a contratação de terceiros. O prazo para contratação do Seguro DPVAT é de até 30 dias.

São três tipos de cobertura:



COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT

1. Se você for titular do veículo ou for beneficiário da Inscrição, basta ir ao www.segurodpvat.com.br para realizar a entrada de documento.
2. O usuário no seu perfil em alguns pontos de atendimento eletrônico, que podem ser consultados no site www.segurodpvat.com.br, disponível pelo aplicativo do Seguro DPVAT ou pelo Central de Atendimento do Seguro DPVAT (0800 022 1206), ou ainda, no endereço físico do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) e no endereço físico do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) e no endereço físico do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN).
3. Acompanhe a realização do seu pedido no site www.segurodpvat.com.br ou no aplicativo ou pelo Central de Atendimento do Seguro DPVAT (0800 022 1206), ou ainda, no endereço físico do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) e no endereço físico do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN).

DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS

- Declaração de Ocorrência (DO) do acidente envolvendo o veículo, emitida por órgão policial competente (Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar, Bombeiros, etc.).
- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT, disponível no site www.segurodpvat.com.br ou no endereço físico do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN).
- Cópia do comprovante de residência;
- Cópia do documento de identificação, Carteira de Identificação ou CNH, ou não emitida, Carteira de Trabalho e Previdência Social ou CNH, ou não emitida, Carteira de Trabalho e Previdência Social.
- Cópia do CPF.

Assessoria Jurídica do Seguro DPVAT: 0800 022 1206 (horário comercial) e 0800 022 1206 (horário comercial).

Assessoria Jurídica do Seguro DPVAT: 0800 022 1206 (horário comercial) e 0800 022 1206 (horário comercial).

IMPORTANTE

- O prazo para pagamento da indenização ou reembolso é de trinta dias, contados a partir do recebimento de documentação completa e correta de acordo com a cobertura solicitada.
- O prêmio do Seguro DPVAT é pago em parcelas mensais, em até 12 parcelas, com a primeira parcela em 31 de dezembro do exercício anterior ao do início da cobertura. O valor do prêmio é calculado com base no valor do veículo, no valor do seguro e no valor do prêmio.
- A indenização do Seguro DPVAT é paga em parcelas mensais, em até 12 parcelas, com a primeira parcela em 31 de dezembro do exercício anterior ao do início da cobertura. O valor do prêmio é calculado com base no valor do veículo, no valor do seguro e no valor do prêmio.
- O valor do prêmio do Seguro DPVAT é pago em parcelas mensais, em até 12 parcelas, com a primeira parcela em 31 de dezembro do exercício anterior ao do início da cobertura. O valor do prêmio é calculado com base no valor do veículo, no valor do seguro e no valor do prêmio.
- O valor do prêmio do Seguro DPVAT é pago em parcelas mensais, em até 12 parcelas, com a primeira parcela em 31 de dezembro do exercício anterior ao do início da cobertura. O valor do prêmio é calculado com base no valor do veículo, no valor do seguro e no valor do prêmio.

Para informações sobre o Seguro DPVAT, consulte o endereço eletrônico www.segurodpvat.com.br ou o telefone 0800 022 1206.

Seguro
DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

SUSEP

0800 022 1206
www.susep.gov.br

Central de Atendimento
Seguro DPVAT
0800 022 1206
0800 022 1206
0800 022 1206
0800 022 1206
0800 022 1206
0800 022 1206

www.segurodpvat.com.br

Seguro DPVAT é uma modalidade de seguro obrigatório para todos os veículos de via terrestre, com a finalidade de garantir a indenização ou reembolso em caso de acidente de trânsito envolvendo o veículo.

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO



Para sua comodidade, você pode acessar esta documentação digitalmente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de outras várias funcionalidades.

Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas informações e pagar multas com desconto.
- Acessar a versão digital da CNH para CNH emitida após 01/01/2020.
- Acessar a versão digital do seu licenciamento de veículo.
- Compartilhar o seu documento com amigos e familiares.
- Indicar o principal condutor.
- Renovar o seu documento.



Baixe agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store e tenha na palma da sua mão todos os documentos para você conduzir seu veículo com tranquilidade e segurança!

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009689 **Cidade:** Rafael Godeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAKSON MARIANO DA SILVA **Data do acidente:** 19/09/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO COTO DO 4º DEDOS DO PÉ DIREITO, OSTEOSSÍNTESE DO 3º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO. ALTA MÉDICA. P7

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DÉFICIT ANATÔMICO TOTAL DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO.

**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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: JAKSON MARIANO DA SILVA, Data do acidente: 19/09/2020, estado civil: DIVORCIADO, Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 002.916.992, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 085.715.634-97, residente no(a) SÍTIO FARUJA, nº 8799, bairro: ZONA RURAL, município: RAFAEL GODEIRO / RN.

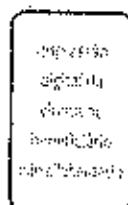
Outorgado (Procurador):

Nome: PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE, brasileiro(a), estado civil: CASADO, Profissão: ADVOGADO, portador(a) do RG 002.559.076, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 066.899.394-48, residente no(a) RUA ANTONIO JOAQUIM, nº 13, bairro: CENTRO, município: ALMIRAO AFRONSO / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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



Local e Data: RAFAEL GODEIRO / RN, 04/11/2021

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jakson Mariano da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009061/21

Vítima: JAKSON MARIANO DA SILVA

CPF: 085.715.634-97

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/09/2020

Titular do CPF: JAKSON MARIANO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE : 066.899.394-48

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

JAKSON MARIANO DA SILVA : 085.715.634-97

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: 11/01/2021
Nome: PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE
CPF: 066.899.394-48

PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210009689

Vítima: JAKSON MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAKSON MARIANO DA SILVA

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JAKSON MARIANO DA SILVA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000005894-7

Conta: 000005732-0

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

JAKSON MARIANO DA SILVA

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO GARCIA

6 - CPF:

085.715.634-97

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

RAFAEL GODEIRO

9 - Número:

8799

10 - Complemento:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.740-000

16 - Tel.(DDD):

(84) 998650496

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5894

7

CONTA:

5732

(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 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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, RAFAEL GODEIRO/RN, 04/01/2021

Jakson Mariano da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202010300135

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 21/10/2020 09:20:18

1.4 Ligon CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/09/2020 18:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: CENTRO DE RAFAEL GODEIRO/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: RAFAEL GODEIRO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAKSON MARIANO DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Estado Civil:

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 05671663497

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 998650496

3.17 Número: SN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: RAFAEL GODEIRO

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: VALDECI MARIANO

3.6 Mãe: NAIR FERREIRA MAIA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 23/12/1988

3.14 RG: 002916992 - IIEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: PATU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO GARCIA, ZONA RURAL DE RAFAEL GODEIRO/RN

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.3 Chassi: 9C2HB021UCR412464

7.1.5 Placa:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal

7.1.15 Nome do proprietário: JAKSON MARIANO DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: JAKSON MARIANO DA SILVA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00360792014

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: POP 100

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.12 Tipo do veículo:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, DE PLACAS: NOF8C27, PELAS RUAS DESTA CIDADE, QUANDO, PRÓXIMO A UMA ESCOLA, EM UMA CURVA, O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU EM UM BARRO, FAZENDO COM QUE O DECLARANTE CAÍSSE, QUE DEVIDO AO ACIDENTE O DECLARANTE TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO E "TOROU" (PERDEU) UM DOS DEDOS DO PÉ DIREITO; QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE RAFAEL GODEIRO/RN, ATENDIDO PELO MÉDICO ABEL BELARMINO DE AMORIM FILHO, CRM/RN 2344; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO OPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 21/10/2020 09:20:18

Policial

Interessado

Policial direto

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 21/10/2020 09:20:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



HOSPITAL CLEODONI CARLOS DE ANDRADE

SR 405, Km 03, Bairro Arizuma, Pou dos Ferros RN, Telefone (84) 3337-9840

030.101.00.72

BOLETIM DE URGÊNCIA

31

Nome: JAKSON MARIANO DA SILVA TEL: Nº REG: 445154

Nas 23/12/1988 1-Masculino Casado AGRICULTOR Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº 2 916 992

Pai: VALDECI MARINHO Mãe: NAIR FERREIRA MAIA

Endereço: SÍTIO GARCIA 0 ZONA RURAL RAFAEL GODEIRO RN

Responsável: 898 0939 0360 8663 TEL:

Endereço do Responsável:

Serviço: Urgência / emergência Enfermaria: Leito:

Admissão: 19/09/2020 Hora admissão: 20:11 Data da Alta: Hora da Alta:

Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR

Alega Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Por violação de acidente de moto
e trauma em fr() apresentando

Lesões ou afecções encontradas

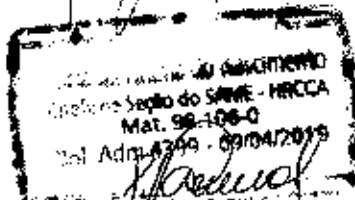
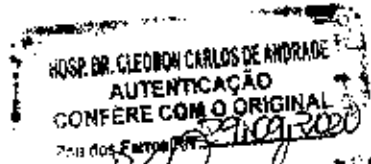
Amputação traumática de 3º, 4º e 5º PDI
Em tempo amputação traumática de 4º PDI
+ Cratera aberta de 3º e 5º PDI

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 20:16

Amputação traumática de fr() CRM



Assinatura

V21:1 27/10/2070 16:18
TERM 000001 LG# 00001432600001

AUTE 125055
DATA: 27/10/2020 HORA DE BRASILIA: 16:18

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO
BANCO : 237
AGENCIA : 65894 - BREJO DO CRUZ
CONTA : 0000000006732-E
NOME : JACSON MARIANO DA SILVA

DEPOSITANTE	: O PROPRIO
FAVORECIDO	
VALOR EM DINHEIRO	5.00
VALOR EM CHEQUE	0.00
VALOR TOTAL	5.00

AG: BADESCO: 15894 - BREJO DO CRUZ
CORRESP. BANC.: 144 - CASA ALVES
NSU: 00525587367-AUTENTICACAO: 450053

O CASA ALVES ATUA COMO CORRESPONDENTE
BANCARIO DO BANCO BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE MODELO

QUINTERA BRACERO
0868 727 9923

VIA DO CLIENTE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Identificação do Estabelecimento Solicitante

2 - CNES

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

4 - CNES

2 4 0 9 2 7 5

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente

JAKSON MARIANO DA SILVA

Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº

6 - Documento

2 916 992

6 - Nº do prontuário

101451

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

Raça/cor

PARDA

8 - Data de Nascimento

23/12/1988

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

NAIR FERREIRA MAIA

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SITIO GARCIA

13 - Município de Residência

RAFAEL GODEIRO

14 - Código IBGE Município

0

ZONA RURAL

15 - UF

RN

16 - CEP

59740000

17 - Principais Sinais e Sintomas

Justificativa da Internação

Vítima de acidente de moto com trauma com
fratura de fêmur extenso com fratura
+ amputação traumática de 4º dedo

18 - Condições que Justificam a Internação

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

Exame físico + Raio X

20 - Diagnóstico Inicial

fratura exposta de 4º dedo

21 - CID 10 Principal

22 - CID 10 Secundária

23 - CID 10 Tercária

24 - CID 10 Quarta

25 - CID 10 Quinta

26 - CID 10 Sexta

27 - CID 10 Sétima

28 - CID 10 Oitava

29 - CID 10 Nona

30 - CID 10 Décima

31 - CID 10 Undécima

32 - CID 10 Duodécima

33 - CID 10 Treze

34 - CID 10 Quatorze

35 - CID 10 Quinze

36 - CID 10 Dezesseis

37 - CID 10 Dezessete

38 - CID 10 Dezoito

39 - CID 10 Dezanove

40 - CID 10 Vinte

41 - CID 10 Vinte e um

42 - CID 10 Vinte e dois

43 - CID 10 Vinte e três

44 - CID 10 Vinte e quatro

45 - CID 10 Vinte e cinco

46 - CID 10 Vinte e seis

47 - CID 10 Vinte e sete

48 - CID 10 Vinte e oito

49 - CID 10 Vinte e nove

50 - CID 10 Trinta

51 - CID 10 Trinta e um

52 - CID 10 Trinta e dois

53 - CID 10 Trinta e três

54 - CID 10 Trinta e quatro

55 - CID 10 Trinta e cinco

56 - CID 10 Trinta e seis

57 - CID 10 Trinta e sete

58 - CID 10 Trinta e oito

59 - CID 10 Trinta e nove

60 - CID 10 Quarenta

61 - CID 10 Quarenta e um

62 - CID 10 Quarenta e dois

63 - CID 10 Quarenta e três

64 - CID 10 Quarenta e quatro

65 - CID 10 Quarenta e cinco

66 - CID 10 Quarenta e seis

67 - CID 10 Quarenta e sete

68 - CID 10 Quarenta e oito

69 - CID 10 Quarenta e nove

70 - CID 10 Cinquenta

71 - CID 10 Cinquenta e um

72 - CID 10 Cinquenta e dois

73 - CID 10 Cinquenta e três

74 - CID 10 Cinquenta e quatro

75 - CID 10 Cinquenta e cinco

76 - CID 10 Cinquenta e seis

77 - CID 10 Cinquenta e sete

78 - CID 10 Cinquenta e oito

79 - CID 10 Cinquenta e nove

80 - CID 10 Sesenta

81 - CID 10 Sesenta e um

82 - CID 10 Sesenta e dois

83 - CID 10 Sesenta e três

84 - CID 10 Sesenta e quatro

85 - CID 10 Sesenta e cinco

86 - CID 10 Sesenta e seis

87 - CID 10 Sesenta e sete

88 - CID 10 Sesenta e oito

89 - CID 10 Sesenta e nove

90 - CID 10 Setenta

91 - CID 10 Setenta e um

92 - CID 10 Setenta e dois

93 - CID 10 Setenta e três

94 - CID 10 Setenta e quatro

95 - CID 10 Setenta e cinco

96 - CID 10 Setenta e seis

97 - CID 10 Setenta e sete

98 - CID 10 Setenta e oito

99 - CID 10 Setenta e nove

100 - CID 10 Oitenta

101 - CID 10 Oitenta e um

102 - CID 10 Oitenta e dois

103 - CID 10 Oitenta e três

104 - CID 10 Oitenta e quatro

105 - CID 10 Oitenta e cinco

106 - CID 10 Oitenta e seis

107 - CID 10 Oitenta e sete

108 - CID 10 Oitenta e oito

109 - CID 10 Oitenta e nove

110 - CID 10 Noventa

111 - CID 10 Noventa e um

112 - CID 10 Noventa e dois

113 - CID 10 Noventa e três

114 - CID 10 Noventa e quatro

115 - CID 10 Noventa e cinco

116 - CID 10 Noventa e seis

117 - CID 10 Noventa e sete

118 - CID 10 Noventa e oito

119 - CID 10 Noventa e nove

120 - CID 10 Cem

121 - CID 10 Cem e um

122 - CID 10 Cem e dois

123 - CID 10 Cem e três

124 - CID 10 Cem e quatro

125 - CID 10 Cem e cinco

126 - CID 10 Cem e seis

127 - CID 10 Cem e sete

128 - CID 10 Cem e oito

129 - CID 10 Cem e nove

130 - CID 10 Cento e um

131 - CID 10 Cento e dois

132 - CID 10 Cento e três

133 - CID 10 Cento e quatro

134 - CID 10 Cento e cinco

135 - CID 10 Cento e seis

136 - CID 10 Cento e sete

137 - CID 10 Cento e oito

138 - CID 10 Cento e nove

139 - CID 10 Cento e dez

140 - CID 10 Cento e onze

141 - CID 10 Cento e doze

142 - CID 10 Cento e treze

143 - CID 10 Cento e catorze

144 - CID 10 Cento e quinze

145 - CID 10 Cento e dezesseis

146 - CID 10 Cento e dezessete

147 - CID 10 Cento e dezoito

148 - CID 10 Cento e dezanove

149 - CID 10 Cento e vinte

150 - CID 10 Cento e vinte e um

151 - CID 10 Cento e vinte e dois

152 - CID 10 Cento e vinte e três

153 - CID 10 Cento e vinte e quatro

154 - CID 10 Cento e vinte e cinco

155 - CID 10 Cento e vinte e seis

156 - CID 10 Cento e vinte e sete

157 - CID 10 Cento e vinte e oito

158 - CID 10 Cento e vinte e nove

159 - CID 10 Cento e trinta

160 - CID 10 Cento e trinta e um

161 - CID 10 Cento e trinta e dois

162 - CID 10 Cento e trinta e três

163 - CID 10 Cento e trinta e quatro

164 - CID 10 Cento e trinta e cinco

165 - CID 10 Cento e trinta e seis

166 - CID 10 Cento e trinta e sete

167 - CID 10 Cento e trinta e oito

168 - CID 10 Cento e trinta e nove

169 - CID 10 Cento e quarenta

170 - CID 10 Cento e quarenta e um

171 - CID 10 Cento e quarenta e dois

172 - CID 10 Cento e quarenta e três

173 - CID 10 Cento e quarenta e quatro

174 - CID 10 Cento e quarenta e cinco

175 - CID 10 Cento e quarenta e seis

176 - CID 10 Cento e quarenta e sete

177 - CID 10 Cento e quarenta e oito

178 - CID 10 Cento e quarenta e nove

179 - CID 10 Cento e quarenta e dez

180 - CID 10 Cento e quarenta e onze

181 - CID 10 Cento e quarenta e doze

182 - CID 10 Cento e quarenta e treze

183 - CID 10 Cento e quarenta e catorze

184 - CID 10 Cento e quarenta e quinze

185 - CID 10 Cento e quarenta e dezesseis

186 - CID 10 Cento e quarenta e dezessete

187 - CID 10 Cento e quarenta e dezoito

188 - CID 10 Cento e quarenta e dezanove

189 - CID 10 Cento e quarenta e vinte

190 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e um

191 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e dois

192 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e três

193 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e quatro

194 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e cinco

195 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e seis

196 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e sete

197 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e oito

198 - CID 10 Cento e quarenta e vinte e nove

199 - CID 10 Cento e quarenta e trinta

200 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e um

201 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e dois

202 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e três

203 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e quatro

204 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e cinco

205 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e seis

206 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e sete

207 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e oito

208 - CID 10 Cento e quarenta e trinta e nove

209 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta

210 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e um

211 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e dois

212 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e três

213 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e quatro

214 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e cinco

215 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e seis

216 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e sete

217 - CID 10 Cento e quarenta e quarenta e oito

218 -



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

03.405, Km 03, Bairro Arizônia, Pouso dos Fatores RN, Telefone (84) 3332 - 9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: JAKSON MARIANO DA SILVA

PRONT: 101451

Nas 23/12/1988 1-Masculino Casado AGRICULTOR Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº 2 916 992

Pai: VALDECI MARINHO

Mãe: NAIR FERREIRA MAIA

Endereço: SÍTIO GARCIA

0 ZONA RURAL

Cidade: RAFAEL GODEIRO

UF: RN Responsável: 898 0039 0360 8663

Endereço do Responsável:

Serviço: 1 -C. Cirúrgica

Enfermaria

Leito:

Admissão: 19/09/2020

Data da Alta:

Dias de Permanência:

Diag Inicial:

Diag Principal:

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

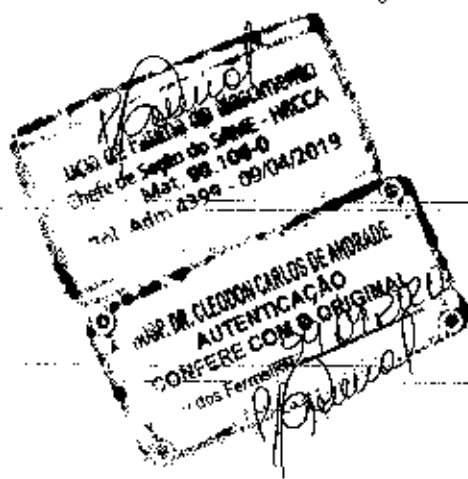
Vítima de acidente de moto e fratura
em pé (o) apresentando fratura exposta
de pé (o) e amp traumática de glóbulos

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora: 20:49



JOSE CASSIMIRO NETO
Médico CRM 9631
CPF



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 408 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-5840
CNPJ-08.241.754/0107-01 - E-mail: burp@cleodon.hcna.gov.br

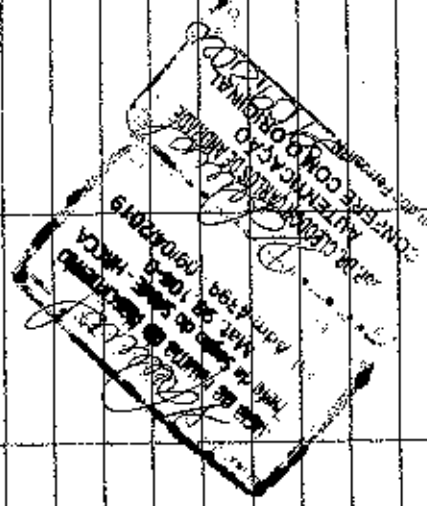
Registro:

Leito:

Paciente: **JAKSON MARINHO DA SILVA**

Idade:

Prescrição Médica e Enfermagem	Horário	Evolução de Enfermagem
14/08/2020		
(1) 100 ml EV 100 ml		
(2) 800 ml EV 24h		
(3) Com febre 240 ml + 250 ml 950 ml EV 14h		
(4) Difamora 10mg EV 01h		
(5) Difamora 10mg EV 8h SIN		
(6) 1 na oral 100 mg + 100 ml 950 ml EV 8h SIN		
(7) Talatol 40mg EV 15h		
(8) Curatona		
(9) SSIV + CCB		





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

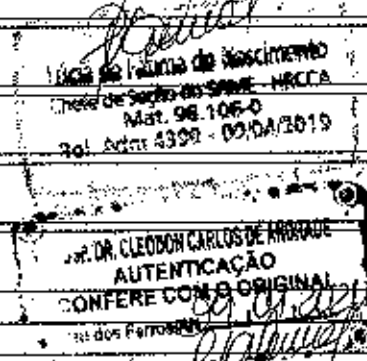
BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefex (84) 3351-9840

BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente:	Jackson Yonano	Reg:
Diagnóstico Pré-operatório:		
Tipo de Operação:		
Diagnóstico Pós-operatório:	Fratura Espinha T ¹² + lesão traum. 4º 5º 6º	
Relatório Imediato da Patologia:		
Acidente durante a operação:		
Exame radiológico no ato:		

INTERVENÇÃO

Início:	08:00h	Término:	12:00h	Duração:
Cirurgião:	Dr. Cleodson Carlos de Andrade			
1º Auxiliar:	Dr. Jackson Yonano			
2º Auxiliar:				
3º Auxiliar:				
Instrumentador:				
Anestesista:				



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em JDPH, sob anestesia
- 2) Preparação e posicionamento
- 3) Locação de pontos de entrada
- 4) Realização de incisão abundante de 4cm
- 5) Realização de incisão de 4cm - fratura de 4º 5º 6º
- 6) Sutura de fratura
- 7) No mesmo ato, em outro local de B de 4cm para fratura de 3º e 5º 6º
- 8) Omento presente sob o local de fratura e a fratura



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME: Jackson Mariano IDADE: _____ REGISTRO: _____

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
19/09	4 Amputação traumática de 4º TOE + Grafting apical de 3º e 5º TOE + 1st substituto a largura cirúrgica + amputação e neurectomia de 4º TOE P.S. No curativo está com Gálte (do de B) aderentes para curativos de 3º e 5º TOE. At. VPM. <i>[Signature]</i> <i>[Stamp: LUGAR DE VALORES DO DOCUMENTO, Chefe de Seção do SANE - HRECA, Matr. 08.106-0, Pol. Adm. 4309 - 10/04/2019]</i> <i>[Stamp: HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE, AUTENTICAÇÃO, CONFERE COM O ORIGINAL, Pau dos Ferros RN]</i>
21-09-2020	Paciente evoluindo bem. Apresenta e mantém curativos adequados. At: VPM <i>[Signature]</i> <i>[Stamp: Dr. Ivonezio Queiroz de Souza, Médico Ortopedista - CRM 4702, Membro Titular - RBO - TROF 8443]</i>