

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100683 **Cidade:** Itaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO E LEVE DO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080162/20

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF: 876.247.454-53

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/11/2019

Titular do CPF: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA : 098.307.284-12

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

FRANCISCO IDELBERTO LEITE : 876.247.454-53

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: 04/03/2020
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200100683 Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

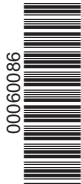
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

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

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO IDELBERTO LEITE

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\$ 3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 001

Agência: 000001109-6

Conta: 0000048780-5

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: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

876.249.454-53

FRANCISCO JOELBERTO LEITE

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

FRANCISCO JOELBERTO LEITE

876.249.454-53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSOU

RUA MARIA PRIMEIRO DE FREITAS

746

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

FELICIDADE

ITAU

RN

59855-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 99998-5065

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\$1.00 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 POUPOANÇA (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: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) (nasceram)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 298 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

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:

ITAU - RN - 22/04/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

441515

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

CONTEGGIO DELLA PARTI RACCHIUSE
NELLO STATO DI BRASILE 14 24. 11
STATO DI CORRISPONDENTE BANCARIO 02/09
CORRISPONDENTE DEPOSITO IN CONTA CORRENTE
IN CONTO PER

ST. JAMES' PARISH, CHURCH OF THE HOLY TRINITY
CHURCH OF THE HOLY TRINITY

DATE	22 MAR 2009
BY	ST 100 121 100 200
FROM	100 100 100 100
TO	100 100 100 100

00000000000000000000000000000000

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

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)

AGÊNCIA: 3483 CONTA: 20064

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(v)es? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura 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: ITAÚ - RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: Nº 19063221B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



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



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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 11 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-IG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número do controle BCF338F9EA78A74CFDA6197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/11/2019 Hora: 17:20 Município: ITALU/RN
BR: 405 KM: 108,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: M. ESCOSSIO, 1636521

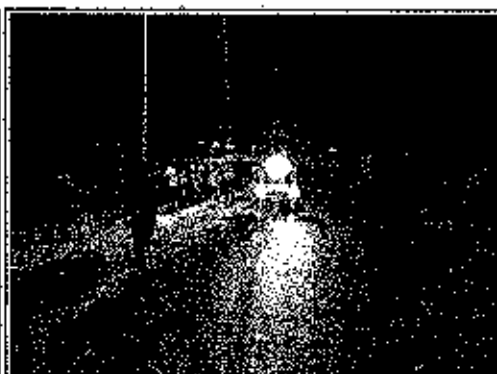
ASPECTOS DO LOCAL

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 0.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o código de controle BCF338E8FA78A74CFDAB197A221706.

191

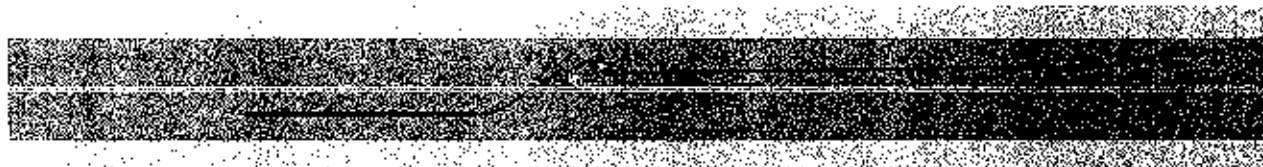


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Mosorim

Pau dos Ferros



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Evento	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Veículo	Veículo	Trilha (m)	Derrapagem (m)	Atrassamento (m)
---------	---------	------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Apoio	Solista	Compartilhamento
---------------	---------	------------------

V1 - VEÍCULO 1 - MZL7882 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: MZL7882 Marca/modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES Renavam: 00139592237
Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KC16209R001532 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Saindo da via
Informações complementares: realizando conversão à esquerda sem aguardar no acostamento.



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 07-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticação deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle 9CF338E9EA78A7ACFDA8197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Placa: MZL7882

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Montar: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

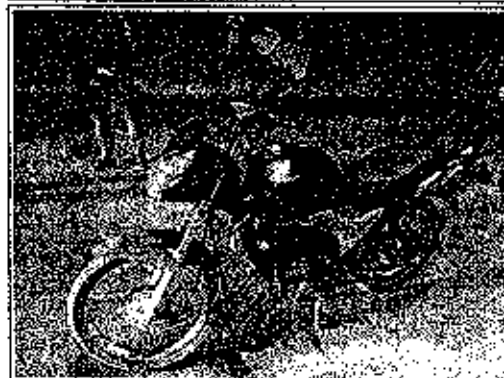


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme sistema oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA7B674CFDA9197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V1 - Proprietário

Nome: ALBENIZA PEREIRA DO CARMO

CPF/CNPJ: 064.178.284-50

Email:

Telefone:

Endereço: APODI-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO IDELBERTO LEITE

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data de Nascimento: 28/10/1968

CPF: 876.247.454-53

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SANTA MARIA, ZONA RURAL, TABOLEIRO GRANDE-RN

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGO7787 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGO7787 Marca/modelo: HONDA/NXR 160 BROS

Renavam: 01166599628

Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KD1000JRO10200

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviário Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/norabai/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle 8CF338EBEA78A74CFDA8197A21705.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/NXR 160 BROS

Placa: QGO7787

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de Agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 611-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novubaf/autenticar>, informando o Protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA78A74CFDA8197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Proprietário

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

Email:

Endereço: SEVERIANO MELO-RN

CPF/CNPJ: 702.391.344-00

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

V2C - Informações

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 702.391.344-00

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 14/11/1964

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: IMPOEIRA, ZONA RURAL, SEVERIANO MELO-RN

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCUSÃO, matricula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novo/bat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA78A74CFDA8197A221706.

191



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: Nº 19063221B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



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



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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 11 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-IG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobate/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número do controle BCF338F9EA78A74CFDA6197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/11/2019 Hora: 17:20 Município: ITALU/RN
BR: 405 KM: 108,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: M. ESCOSSIO, 1636521

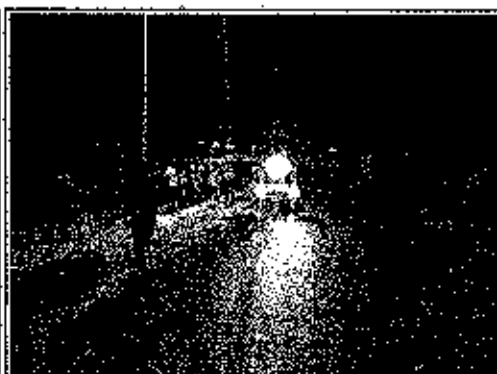
ASPECTOS DO LOCAL

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 0.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o código de controle BCF338E8FA78A74CFDAB197A221706.

191

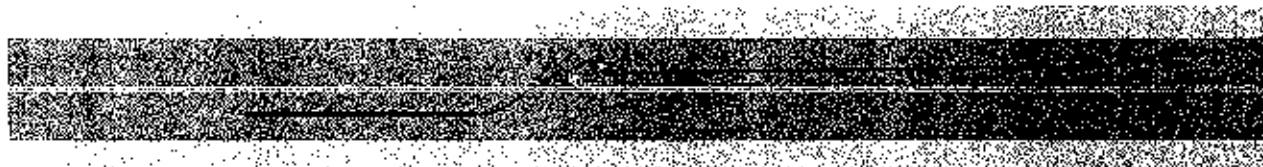


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Mosorini

Pau dos Ferros



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Evento	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Veículo	Veículo	Trilha (m)	Derrapagem (m)	Atrassamento (m)
---------	---------	------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Apoio	Solista	Compartilhamento
---------------	---------	------------------

V1 - VEÍCULO 1 - MZL7882 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: MZL7882 Marca/modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES Renavam: 00139592237
Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KC16209R001532 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Saindo da via
Informações complementares: realizando conversão à esquerda sem aguardar no acostamento.



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 07-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle 9CF338E9EA78A7ACFDA8197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

Placa: MZL7882

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Montar: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

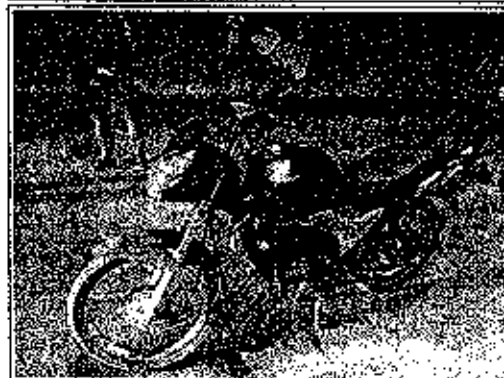


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme sistema oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA7B674CFDA9197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V1 - Proprietário

Nome: ALBENIZA PEREIRA DO CARMO

CPF/CNPJ: 064.178.284-50

Email:

Telefone:

Endereço: APODI-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO IDELBERTO LEITE

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Data de Nascimento: 28/10/1968

CPF: 876.247.454-53

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SANTA MARIA, ZONA RURAL, TABOLEIRO GRANDE-RN

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGO7787 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGO7787 Marca/modelo: HONDA/NXR 160 BROS

Renavam: 01166599628

Ano fabricação: 2018 Chassi: 9C2KD1000JRO10200

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviário Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/norabai/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle 8CF338EBEA78A74CFDA8197A21705.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/NXR 160 BROS

Placa: QGO7787

Nº BOAT: 19063221B01

Nome do Agente: M. ESCOSSIO

Matrícula do Agente: 1636521

Data: 16/11/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de Agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 614-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novubaf/autenticar>, informando o Protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA78A74CFDA8197A221706.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

V2 - Proprietário

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

Email:

Endereço: SEVERIANO MELO-RN

CPF/CNPJ: 702.391.344-00

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

V2C - Informações

Nome: ANTONIO LEITE DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 702.391.344-00

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 14/11/1964

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: IMPOEIRA, ZONA RURAL, SEVERIANO MELO-RN

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por M. ESCUSÃO, matricula 1636521, Polícia Rodoviária Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 e no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novo/bat/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338EBA78A74CFDA8197A221706.

191

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: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

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: 3483 CONTA: 20064

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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(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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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: ITAÚ - RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19063221B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/11/2019 Hora: 17:20 Município: ITAU/RN
BR: 405 KM: 108,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: M. ESCOSSIO, 1636521

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Anoitecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA



Documento assinado eletronicamente por M. ESCOSSIO, matrícula 1636521, Policial Rodoviário Federal, em 19/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-OG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.prf.gov.br/novaba/autenticar>, informando o protocolo 19063221B01 e o número de controle BCF338E8EA78A74CFDA8197A321766.

191

COMPANHIA ENERGETICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA VERVOEIRO 195 BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59021-150
CNPJ 08.324.196/0001-51
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20059135-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02

Ligações Gratuitas

TELEATENDIMENTO COSERN 118

Atendimento ao cliente pelo e-mail ou telefone 0800 281 0142

Ouvintes 0800 034 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte

ARSEN 0800 707 0197 - Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ELANO GUILHERME GOIS E SILVA

DATA DE VENCIMENTO

03/02/2020

**DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL**

17/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

036285188

CONTA CONTRATO

7010502181

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

Monofásico

B1

ENDEREÇO

RUA JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA 195
CS - LIBERDADE - CENTRO/AREA
URBANA - 59795-000 FELIPE GUERRA
RN -

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,84

PERÍODO CONSUMO

18/12/2019 a 17/01/2020

CONSUMO

249

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 30,12

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7010502181

MÊS/ANO

01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,84

VENCIMENTO

03/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

**Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000016 828400384079 010502181203 013299776036



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoredelider.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: 4020-1500 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Guinéria: 0800 021 91 15

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/81BLIOTECAWEB/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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGERT, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 6.132/96.

Pelo exposto, eu HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 098.307.284 / 12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO IDELBERTO LEITE, inscrito (a) no CPF sob o nº 876.247.454 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima FRANCISCO IDELBERTO LEITE

inscrito (a) no CPF sob o nº 876.247.454 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA</u>	Número: <u>395</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CIDADE ALTA</u>	Cidade: <u>FEHRE GUERBA</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59995-000</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99998-5065</u>

Local e Data: FEHRE GUERBA - RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Assinatura do Declarante



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau das Ferras RN, Teléfax (84) 3353 - 9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

PRONT: 98012

Nas 28/10/1968 : 1-Masculino: Viúvo - PESCADOR Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº 001.338.227

Pai: MANOEL ALVES LEITE

Mãe: TEREZA MARIA LEITE

Endereço: MARIA PINHEIRO DE FREITAS 746 CENTRO

Cidade: ITAU UF: RN Responsável: CNS- 700 5054 5411 1260

Endereço do Responsável FONE - 84 99657 8018

Serviço: 1 -C. Cirúrgica

Enfermaria 14

Leito: A

Admissão: 16/11/2019

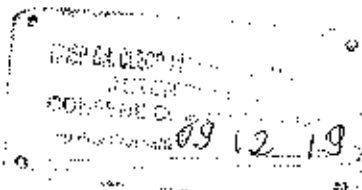
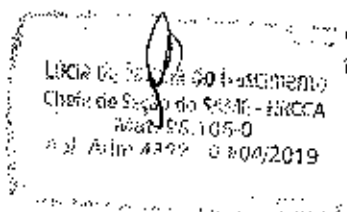
Data da Alta: 28.11.19 Dias de Permanência: 12

Diag Inicial:

Diag Principal:

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

Complicações:



Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Hora: 19:47

DANILO L. DE PAIVA
Médico: CRM 6906
CPF



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente:	Assunção José Roberto Costa	Sexo:	M	Idade:	51 An
GIH:		Enfermaria:		Leito:	
Pré-Medicação:					
Anestesia Tipo:	Gonç / Locomot	Técnica:			
Cirurgia:	Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia (8)				
Cirurgião:	Dr. Lúcio / Dr. Danilo Lopes				

Anamnese / Observações

S/ comorbidades
fig. 284
AAFE

PA	18	16	14	12	10	08	06	04	02	00
57,8	98	13								
18										
16										
14										
12										
10										
08										
06										
04										
02										
00										
Anotações										

Drogas Usadas

Fentona	200mg
Propofol	130mg

Início da Anestesia:	20:38
Início da operação:	21:00
Fim da operação:	21:10
Fim da anestesia:	21:15
Duração da anestesia:	30 min

LEGENDA: 01 Geral, 02 Local, 3 Outros, H horas, M minutos

DATA:

16/11/19

Anestesista:
CRM:

[Signature]

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

FRANCISCO IDELBERTO LEITE

Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº

6 - Documento

001.438.227

8 - Nº do prontuário

98012

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

Rapa/cor

8 - Data de Nascimento

28/10/1968

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

TEREZA MARIA LEITE

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

MARIA PINHEIRO DE FREITAS

746

CENTRO

13 - Município de Residência

ITAU

14 - Código IBGE Município

15 - UF

RN

16 - CEP

59855000

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM
FX DIAPHRAGMA DO FÊMUR (E) E FX DA CABELO
DO VENTRO (D)

18 - Condições que Justificam a Internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO

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

HISTÓRIA CLÍNICA + RX

20 - Diagnóstico Inicial

FX DIAPHRAGMA DO FÊMUR

21 - CID 10 Principal

S72.3

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associadas

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

OSTEOSTATE DO FÊMUR

25 - Código do Procedimento

0408050519

26 - Clínica

27 - Caráter Internação

28 - Documento

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

1 - C. Cirúrgica

05

CNS ☐ CPF ☒

01359320452

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

DANILO L. DE PAIVA

31 - Data Solicitação

16/11/2019

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

Dr. Danilo L. de Paiva

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

38 - CNPJ da Empresa

37 - Nº do Bilhete

39 - Série

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor

Número da Autorização

M 240940704

45 - Documento

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

CNS ☐ CPF ☐

47 - Data Solicitação

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

16/11/2019

Feb.

Paciente: Fe DELBATO LITTLE

Index:

Letto 3-11

Prescrição Médica e Enfermagem

Florio

Evolution of Entrepreneurship

16/1/79	DIETA 2 PM (5250 kcal)		Paciente em curso com score AS 24.30 MDS
ST 0,946 1000 ml/ly 24H	V.I.		Admissão MDS: 17/1/79
T 14/1/79 1000 ml/ly + 1000 ml ST 0,946/ly			Clinical & Culture
08/08/79			
DIET 14/1/79 08/08/79	22.04/0		
T 14/1/79 1000 ml/ly 08/08/79	22.0		
P 14/1/79 1000 ml/ly 08/08/79	22.0		
C 14/1/79 1000 ml/ly 08/08/79	22.0		
08/08/79			
DIETA 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/79			
DIET 14/1/79			
T 14/1/79 1000 ml/ly			
P 14/1/79 1000 ml/ly			
C 14/1/79 1000 ml/ly			
08/08/7			



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente: Fco DELBERTO LEITE

Reg: 1

Diagnóstico Pré-operatório: FX Fêmur (E)

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato da Patologia:

Acidente durante a operação:

Exame radiológico no ato:

INTERVENÇÃO

Início: 20:50 Término: 21:05 Duração: 15 min

Cirurgião: Dr. Danilo Paim

1º Auxiliar: Dr. Leandro

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Danilo Fernandes

Assinatura do Cirurgião
Chefe de Seção do SCSAL - HRCOA
Médico Cirurgião

Assinatura do Anestesista
Assinatura do Instrumentador

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- (1) PLT E Em DDH sob sedação;
- (2) Antissepsia do MIE com CLOROXIDINE
- (3) PASSADO FIO DE KUCHNER n° 05 na FÍMULA
- (4) INSTALADA FÍMULA Com TALA DE 08kg
- (5) X RPA.

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL
CO-ORDEENADOR DE SERVIÇOS
Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesista
Assinatura do Instrumentador



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

ENFERMARIA:

14

LEITO:

A

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Francisco Idelberto Leite IDADE: 51

REGISTRO: _____

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
16/11	II POI PCTE com fr. DIAPHRAGMA DO FÊMUR (E), SUBMETIDO A TRATAMENTO QUIRÚRGICO TRANSFERIDO AO MLF. COMPUTAC - INTERMIO NEOLUP. C. T. S. 10/11/11 CRIM. 10/11/11 09/12/11 Dr. Kleber Fernandes Chefe de Clínica ORTOMAN - HRCCA Voto: 10/11/11 10/11/11
17/11	II fr. FÊMUR (E) + fr. PROXIMA (D) PCTE EVOLUINDO ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM EDSÓNIOS DE DESORIENTAÇÃO. COMPUTA: - SOLICITO AVALIAÇÃO PELA CLÍNICA MÉDICA DEVIDO DESORIENTAÇÕES
18/11/11	paciente desorientado, obnubilado, disforia. e Traços transgressivos CR: quando T. de crânio Atuação do neuro em Traço: Conduzido ao Dr. André Neuromatologia Atuação do neuro que mantém o T. com Dr. Kleber Fernandes Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 8964 Tel: 15837 Dr. Kleber Fernandes Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 8964 Tel: 15837

Paciente admi. ext. 1000.
 Afeção a quem se apresenta
 Tracção em 15 e adequada
 Regra apolítica e ainda de
 parer

Col: - Solução avulsa
 com a conduta de
 cirurgia geral
 - Ver Procede

[Signature]
 24/11/1919
 1000
 1000

[Signature]
 1000
 1000
 Dr. Emanuel F. Paula
 Cirurgião de 1.ª Classe
 1000

22/11/1919 - Alçada de 16.000 de 16.000 de 16.000 de 16.000
 dep. para Ceppime.

23/11/1919 - Alçada.

24/11/1919 - Alçada para a Cruz

28/11/1919 - Alçada em 1919
 Alçada em 1919
 Alçada em 1919

[Signature]
 1000
 1000
 1000



HOSPITAL MATERNIDADE ALMEIDA CASTRO

GUIA DE INTERNAMENTO - Nº 13614

Identificação do Paciente						
Paciente	FRANCISCO IDELBERTO LEITE			Promitido	201511280038	
Nome do Pai	MANOEL ALVES LEITE			CPF	87624743453	
Nome da Mãe	TEREZA MARIA LEITE			CNS	700505454111260	
Dt. Nascimento	28/10/1983	51 ANOS E 1 MESES E 0 DIAS	RG	001498227	Orgão/UF	SSP/RN
Escolaridade	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Sexo	MASCULINO	
Endereço	RUA MARIA PINHEIRO DE FREITAS, 748 - BAIRRO: FELICIDADE CEP: 59055000					
Cidade/UF	ITAÚRN			Telefones	(84) 92000-8575/(84) 99657-8016	
Naturalidade	TABOLEIRO GRANDE - RN			Procedência	HOSPITAL DE PAU D'OS FERROS	
Profissão	PESCADOR			Estatu Civil	SOLTEIRO(A)	
Convênio	PARTICULAR			Médico(a)		
Internamento em	28/11/2019			Hora	18:11	

Núcleo Hospital de Vigilância Epidemiológica - NHVE

Assinatura do(a) Paciente/Responsável: *Albemiza Pereira do Carmo*

Assinatura do(a) Recepcionista:

CASTRO **BOLETIM DE SALA** DATA: 29/11/19

PACIENTE: Dr. Alberto X. R. TE

CIRURGIA REALIZADA: Artroscopia de joelho

CIRURGIÃO: Dr. Alberto X. R. TE CRM: 12345

1º AUXILIAR: Dr. Eduardo CRM: 67890 2º AUXILIAR: Dr. Eduardo CRM: 67890

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Eduardo COREN: 12345 CIRCULANTE: Dr. Eduardo COREN: 12345

INSTRUMENTADORA: Dr. Eduardo COREN: 12345

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Artroscopia de joelho

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

INÍCIO:	FINAL:			
VIA ACESSO	TÉCNICA	ASPECTOS DAS ESTRUTURAS ANATÔMICAS	DRENAGEM	SUTURA
FEMUR (A)				
1- Incisão vertical + 90° de propagação MIE + ca. 10 cm				
2- Incisão horizontal + 90° de propagação + 10 cm de extensão + 1/4 de extensão				
3- Usada placa MIE 10 furos + 8 parafusos bloqueados 4,5 mm				
4- Sutura com fio de náilon + 10 cm de extensão				
5- Lavagem final + hemostasia + Sutura + 10 cm de extensão + 10 cm de extensão				
UN = 10 (D) : incidência para + campos + orient. geral				
1- Incisão vertical + 90° de propagação + 10 cm de extensão + 10 cm de extensão				
2- Incisão horizontal + 90° de propagação + 10 cm de extensão + 10 cm de extensão				
3- Sutura com fio de náilon + 10 cm de extensão				
4- Lavagem final + hemostasia + Sutura + 10 cm de extensão + 10 cm de extensão				

Dr. Allan Assunção
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 5494 JECT 8900 RGE 2374

ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO

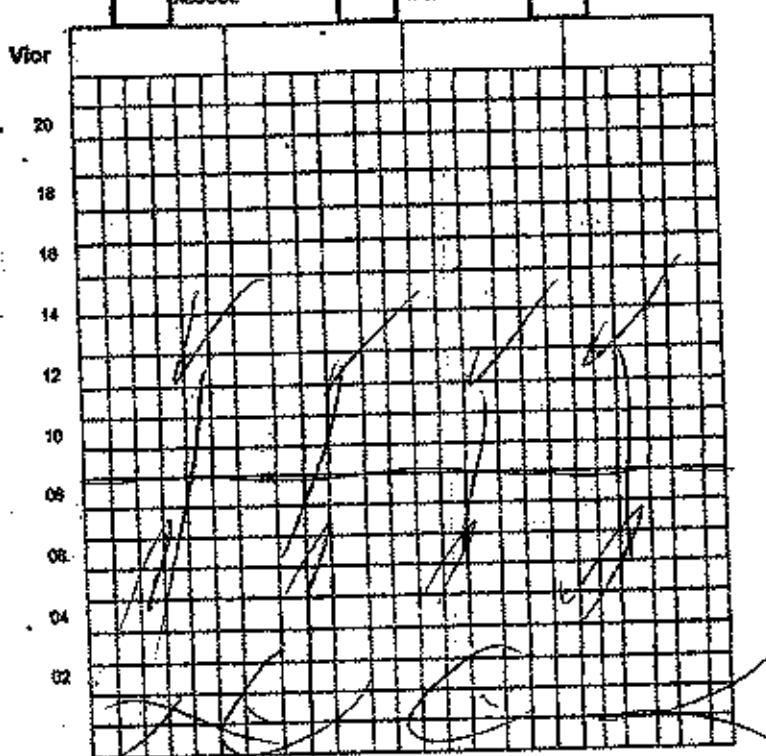
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 x 60 PULSO: 60 RESP: 12 can. 16

TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60 ALTURA: 1,70 OUTROS: can. 16

TIPO SANGÜÍNEO: O+ ALERGIA: sem TÉCNICA: intubação

ANESTESIA: TIPO: geral

HABITO ☐ ALCOOL ☐ TABAGISMO ☐ DROGAS



DROGAS USADAS	UND	QUANT
01- Propofol	100ml	100ml
02- Fentanyl	25mcg	25mcg
03- Fentanyl	0,8	0,8
04- Cisatracurium	100mg	100mg
05- Dexametasona	10mg	10mg
06- Propofol	100ml	100ml
07- Fentanyl	4,0	4,0
08- Dexametasona	2mg	2mg
09- Propofol	100ml	100ml
10- Propofol	100ml	100ml
11- Propofol	100ml	100ml
12- Propofol	100ml	100ml

HISTÓRICO FAMILIAR DE ANTECEDENTES ANESTÉSICOS?

INTERCORRÊNCIA: sem

DADOS DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA: sem

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30 FINAL: 10:30 ASSINATURA: Dr. Eduardo CRM: 67890 BOLETIM DE SALA

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014526961643
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 064.178.284-50 RENAVAM: 00139592237 BILHETE: 00139592237 EXERCÍCIO: 2019

ALBERTO PEREIRA DO CARMO

PLACA: 064.178.284-50 PLACA: M2L7882

PLACA: M2L7882 / RN CHASSI: 9C2KC16209N001532

ESPÉCIE: PASSEIRO / MOTOCICLETA / CARRO ANO: 2009

MARKA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX ES

CAP / POT / CM: 149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR

COTA ÚNICA: R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA: 17/05/2019

PARCELAMENTO / COTAS: R\$ *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***

PREMIO TOTAL (R\$): *** DPVAT: PAGO ***

MOTOR: RC15K29001532

APQ: 01/01/2019 DATA: 03/05/2019

DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014526961643 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.seguradoviat.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 07/05/2019

PLACA: 064.178.284-50 PLACA: M2L7882

RENAVAM: 00139592237 MARKA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX ES

ANO: 2009 ANO: 2009

CHASSI: 9C2KC16209N001532

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): RENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): ICF (R\$): TOTAL DO PRÊMIO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.245.808/0001-04

Eu, Francisco Idelfonso Leite, cadastrado no RG de UE
001-438.227 e no CPF de UE 876.247.454-53 e no número 3200102689,
venho através desta carta relatar a respeito do acidente ocorrido com
a minha pessoa. Em deslocamento ao Posto da PPR, RU, o policial
de Plantão disse que o boletim está muito claro, que foi uma
colisão frontal, entre dois veículos, no caso duas motocicletas,
de modelos diferentes, que está visivelmente claro nas fotos e
que na primeira página tem o croqui da cena do acidente, e o
Policial relata que não pode mais mexer no boletim, então peço
encarecidamente que observem com atenção o meu processo e deem
seguimento ao mesmo.

ATT. Francisco Idelfonso Leite

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100683 **Cidade:** Itaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.5)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO IDELBERTO LEITE, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: RECUSOU, Data do Acidente 16.12.2019
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 001.438.227, órgão expedidor
SSP-RN e do CPF: 846.247.454-53 residente no(a)
RUA MARIA PINHEIRO DE FREITAS nº 746
bairro: FELICIDADE município: ITAU, RN

OUTORGADO:

Nome: VERANO GUILHERME GOIA E SILVA, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: RECUSOU, portador(a) do RG
002.393.092, órgão expedidor SSP-RN e do CPF: 098.307.284-12, residente
no(a) RUA JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA nº 125
bairro: CIDADE ALTA município: FREIXE GUERBA, RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

ITAU-RN - 28 DE FEVEREIRO DE 2020.

Local e Data

Francisco Idelberto Leite

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

ARTÓRIO ÚNICO DE ITAU
Rua Travessa do Mercado Público, nº 6, Centro, Itau-RN

Reconheço por verdadeira a(s) firma(s) de FRANCISCO
IDELBERTO LEITE
Selo RN2020009488900003881 UR Valor RS. 2,80

Itau-RN, 28 de fevereiro de 2020

ASS. PANTOJA ACHU

AB011427

Sadre Pantoja Amor
Tess. 00000000000000000000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080162/20

Número do Sinistro: 3200100683

Vítima: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

CPF: 876.247.454-53

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 03/04/2020
Nome: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA
CPF: 098.307.284-12

HELANO GUILHERME GOIS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IDELBERTO LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01109-6

CONTA: 000000048780-5

Nr. da Autenticação AD6398D88E15B889