

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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210001008**

Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Data do Acidente: 27/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDIA MARIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

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

Recebedor: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003483

Conta: 0000018341-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210001008**

Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Data do Acidente: 27/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDIA MARIA DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/05/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000018341-2

Nr. da Autenticação 18CB45A108C94903

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210001008 **Cidade:** Taboleiro Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN **Data do acidente:** 27/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREDISCIÊNCIA S/A
PESSOA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO ZIGOMÁTICO DIREITO/ FRATURA DO SEIO MAXILAR BILATERAL E HEMOSSINUS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

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 RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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:
279.531.628-57 Francisco Erinaldo Valentim Pessoa

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

5 - Nome completo:		Francisco Erinaldo Valentim Pessoa		6 - CPF:	279.531.628-57
7 - Profissão:	Agricultor	8 - Endereço:	rua:Alexandre Soares	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Tabuleiro Grande	13 - Estado:	RN
15 - E-mail:	davidfreitas1972@hotmail.com			14 - CEP:	59840-000
16 - Tel.(DDD): (84) 996562676					

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3483	CONTA: 18341	2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ve/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34
Iniciado
digitação
pelo
usuário
de
acordo
com
o
padrão
estabelecido
pela
seguradora

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, **Tabuleiro Grande-RN 29/12/2020**



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTALEGRE
Endereço: Rua Lindalva Fialho de Freitas, 106, CENTRO, PORTALEGRE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020154000103

1.2 Data de Expedição: 29/12/2020 09:38:48

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/09/2020 09:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: RUA AUGUSTO GOMES DE PAIVA

2.8 Número: S/N

2.9 CEP: 59.840-000

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA E A UPA DA

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: TABOLEIRO GRANDE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE VALENTIN PESSOA

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA ILZA PINTO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 27953162857

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 15/03/1975

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 1497045 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 996914410

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 10

3.18 Naturalidade: TABOLEIRO GRANDE RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AVENIDA ALEXANDRE SOARES

3.23 Cidade: TABOLEIRO GRANDE

3.24 CEP: 50840000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA.

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 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2JC250VVR120816

7.1.4 Renavam: 00176923195

7.1.5 Placa: MZM3685

7.1.5 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.6 Marca: HONDA

7.1.6 Modelo: CG 125 TITAN

7.1.7 Ano do Modelo: 1997

7.1.10 Ano de Fabricação: 1997

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO CLEANTE DE BESSA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE O DECLARANTE/VÍTIMA TRANSITAVA PELA RUA AUGUSTO GOMES DE PAIVA, CONDUZINDO O VEÍCULO ACIMA QUALIFICADO, QUANDO AO DESVIAR DE UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E DESCEU O BARRANCO CAINDO LÁ EM BAIXO; QUE O DECLARANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO E LEVADO PARA A MATERNIDADE RAIMUNDO BESSA, EM TABOLEIRO GRANDE/RN, ONDE FOI SUBMETIDO AOS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS, CONFORME FICHA DE URGÊNCIA EM ANEXO; QUE O DECLARANTE/VÍTIMA FOI LEVADO PARA O HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE, EM PAU DOS FERROS ONDE FOI ATENDIDO CONFORME BOLETIM DE URGÊNCIA EM ANEXO. NADA MAIS.

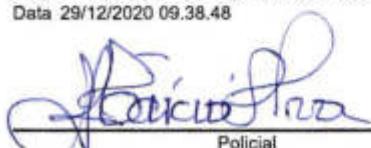
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

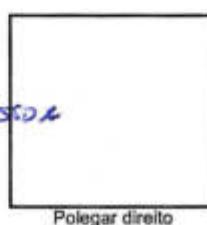
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 29/12/2020 09:38:48


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2201348 - ÍTALA MÁRCIA DE OLIVEIRA SILVA

Impresso por: 2201348 - ÍTALA MÁRCIA DE OLIVEIRA SILVA em 29/12/2020 09:38:52

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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:

279.531.628-57

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Erinaldo Valentim Pessoa

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

5 - Nome completo:

Francisco Erinaldo Valentim Pessoa

6 - CPF:

279.531.628-57

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

rua:Alexandre Soares

9 - Número:

10

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Tabuleiro Grande

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59840-000

15 - E-mail:

davidfreitas1972@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(84) 996562676

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 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: _____

AGÊNCIA: 3483

CONTA: 18341

AGÊNCIA: _____

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos:

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Tabuleiro Grande-RN 29/12/2020



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gráuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
endimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
RSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gráuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gráuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA IZA PINTO CPF: 010.508.414-09 NIS: 16358287762	DATA DE VENCIMENTO 11/12/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 150,56	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/12/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/12/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 052221471 Série: U	CONTA CONTRATO 000264691010 Nº DO CLIENTE 3000173365 Nº DA INSTALAÇÃO 0001503171
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV ALEXANDRE SOARES 10 CENTRO/AREA URBANA 59840-000 TABOLEIRO GRANDE RN	<p>CLASSIFICAÇÃO</p> <p>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico</p>		
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	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>EEB8.E409.244E.E853.334F.4FA3.A513.5E8E</p>		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)					
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11529687	3,45					
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19765178	13,83					
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,29647768	35,57					
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	43,00	0,32941964	14,16					
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11313429	3,39					
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19394451	13,57					
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,29091676	34,91					
Consumo-TE superior a 220 kWh	43,00	0,32324085	13,89					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,64					
ICMS-Parcela Subvencionada			8,93					
Multa por atraso-NF 050716510 - 05/11/20			2,83					
Juros por atraso-NF 050716510 - 05/11/20			0,32					
Atualização IGPM-NF 050716510 - 05/11/20			1,07					
Doação DIOCESE DE MOSSORÓ - 3314-7255			3,00					
TOTAL DA FATURA			150,56					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
134,41	18,00	24,19	134,41	1,32	1,77	134,41	6,07	8,15

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! comercial melo: rua vital de castro 265, centro / posto de medicamento pinheiro: av augusto de paiva,034, centroLista 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 Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

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% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pró-

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 50,48

NÍVEIS DE TENSÃO

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

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Acesse www.cosern.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000264691010	12/2020	150,56	11/12/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVISO IMPORTANTE!
**Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em
terminais de Auto-Atendimento.**

Comprovante do Cliente

Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento 11/12/2020	Agência/Cod.Cedente 3064-3/209344-8	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento 150,56	(-)Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso	(+) Outros acréscimos	Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica		
Nosso Número 32174760103958922	Nº do Documento 0503407275	(=) Valor Cobrado 150,56				

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	00190.00009 03217.476013 03958.922175 1 84660000015056
---------------------	-------	--

Local de Pagamento	Vencimento
--------------------	------------

PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA	11/12/2020
--------------------------	------------

Cedente	Agência/Cod.Cedente
---------	---------------------

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE	3064-3/209344-8
---	-----------------

Data Documento 04/12/2020	Nº do Documento 0503407275	Espécie	Aceite	Data do Processamento 04/12/2020	Nosso Número 32174760103958922
------------------------------	-------------------------------	---------	--------	-------------------------------------	-----------------------------------

Uso Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 150,56
-----------	----------------	--------------	------------	-------	----------------------------------

Instruções	(-) Desconto/Abatimento
------------	-------------------------

1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.	(-) Outras Deduções
--	---------------------

2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.	(+) Mora/Multa p/dia de atraso
---	--------------------------------

3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura.	(+) Outros acréscimos
--	-----------------------

4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.	
---	--

5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.	
--	--

(=) Valor Cobrado

150,56

Sacado**MARIA IZA PINTO****010.508.414-09****O PAGAMENTO DESTA NOTA FISCAL/FATURA
DEVE SER FEITO SOMENTE EM ESPÉCIE****000264691010****Sacador/Avalista****Ficha do Caixa****Autenticação Mecânica**

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráfitas:

-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	
CLAUDIA MARIA DA SILVA	
CPF: 045.149.354-09 NIS: 16046334463	

DATA DE VENCIMENTO
16/12/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
89,76

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
09/12/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
09/12/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
052536005
Série: U

CONTA CONTRATO
000695275013
Nº DO CLIENTE
3000869699
Nº DA INSTALAÇÃO
0001286353

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA ANTONIO GURJAO 1377	SAO GERALDO/AREA URBANA 59900-000 PAU DOS FERROS 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

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
3239.B694.623B.8958.F2CB.D44D.D1FA.5969

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11529687	3,45
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19765178	13,83
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,29647768	16,89
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11313429	3,39
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19394451	13,57
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,29091676	16,58
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,68
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,81
ICMS-Parcela Subvencionada			7,56
TOTAL DA FATURA			89,76

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
70,39	18,00	12,67	70,39	1,32	0,92	70,39	6,07	4,27

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08602300	kWh	157
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,14746800		73
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,22120200		153
Consumo-TE até 30 kWh	0,08440950		242
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14470200		217
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,21705300		210
			241
			291
			253
			249
			220
			364
			311

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº LEITURA	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
000000002180737033	CAT	10/11/2020	5.187,00	09/12/2020	5.344,00	29	1,00000	0,00	157,00	DIC-No.de horas sem Energia	PAU FERROS	0,00	10,44	20,88	41,76
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2021															
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,50													Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES				NÍVEIS DE TENSÃO			
Pague no ponto mais perto de voce! ag correios paulinho: praca da matriz, centro / pointe celular: tv adolfo fernandes, 67, centro				TENSÃO NOMINAL(V)			
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.				LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .				MÍNIMO			
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.				MÁXIMO			
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês				220			
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,78 .				202			
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Acesse www.cosern.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.				231			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
----------------	---------	--------------------	------------	--------------------

20/12/2020

2a Via de Fatura

000695275013	12/2020	89,76	16/12/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
838600000000 897600384008 695275013205 015728394438				

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 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Cláudia Maria da silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.149.354/09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Erinaldo Valentin Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 279.531.628/57,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Erinaldo Valentin Pessoa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 279.531.628/57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

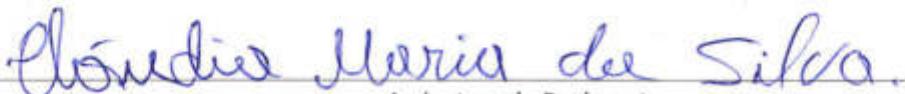
Declaro Profissão: recusou-se Renda: recusou-se e apresento os documentos comprobatórios:

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: Antonio Gurjão</u>	Número:	<u>1377</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Alto São Geraldo</u>	Cidade:	<u>Pau dos Ferros</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59900-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(84) 996519142</u>

Local e Data: Pau dos Ferros-RN 29/12/2020



Assinatura do Declarante



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL MATERNIDADE RAIMUNDA BESSA

FICHA DE URGÊNCIA

NOME: Francisco Erinaldo Valentim Pessoa IDADE: 45 anos

CARTÃO DO SUS: 7026062220225150 DN: 1510311875 PRONTUÁRIO: _____

COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Soturno CONTATO: (84) 3683 4410

NOME: DA MÃE: Maria Isac Penteu NATURALIDADE: Taboleiro Grande

ENDEREÇO: AV: Alcântara Soares N: 10 DATA: 27/09/2020 HORA/ENTRADA: _____

APARENTEMENTE BOM: REGULAR: C/DISPNEIA: CHOCADO: COMOTOSO:
C/HEMORRAGIA: EM CONVULÇÃO: POLITRAUMATIZADO: AGITADO: OUTROS:

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: SIM NÃO

ALEGA ALERGIA DE ALGUM MEDICAMENTO: QUAIS: Penicilina

HISTÓRIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Ref. vítima de frade de mosquitos na
fl. 3mbr, operando hortelane em casa.
Ref. hortelane.*

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:

*escoriação na MSO + hemorragia
an foci.*

TA:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:
-----	--------	-------------	--------------	-------

AN: Trame di esponenti

CD: Anestetico

- Volfson ~~shy~~ ~~an~~ ok } Dolore
- Opposive ~~shy~~ ~~an~~ c }
- S&C. social, c }
- Obsessive
- Rx de psic. (se espresse)

DBS per neurofisiologia

Dr. Allyson Bessa
CRM-PR 9350
Médico



PREFEITURA DE
TABOLEIRO GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL MATERNIDADE RAIMUNDA BESSA

FICHA DE URGÊNCIA

NOME:	Francisco Emanuel Valente Pessa		IDADE:	45
CARTÃO DO SUS:	402600222025140	DN:	151031975	PRONTUÁRIO:
COR:	SEXO:	M	ESTADO CIVIL:	
NOME: DA MÃE:	Márcia Lira Pinto		NATURALIDADE:	
ENDEREÇO:	R. Amélia Alexandrino		DATA:	28/09/2020
Sobrados, 10				
APARENTEMENTE BOM:() REGULAR:() C/DISPNEIA:() CHOCADO:() COMOTOSO:() C/HEMORRAGIA:() EM CONVULÇÃO:() POLITRAUMATIZADO:() AGITADO:() OUTROS:()				

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

ALEGA ALERGIA DE ALGUM MEDICAMENTO: () QUAIS:

HISTÓRIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Pat c/ RX de fco c/
fusfure de Zygomatico

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:

TA:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:
-----	--------	-------------	--------------	-------

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 465, Km 13, Poco do Rio, Poco do Rio - RN, Telefone: 084 3131 9240

BOLETIM DE URGÊNCIA

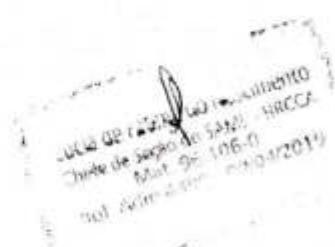
Nome: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA				TEL:	Nº REG: 443911
Nas 15/03/1975	Viúvo	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> Nº		
Pai: JOSÉ VALENTIM			Mãe: MARIA ILZA PINTO		
Endereço: AV ALEXANDRE SOARES		10	CENTRO	TABOLEIRO GRANDE RN	
Responsável:				TEL:	
Endereço do Responsável:					

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:	Leito:
Admissão: 27/09/2020	Hora admissão: 22:13	Data da Alta:	Hora da Alta:
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:			
Alega Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Pt. prof. Valentim & Neto
Pessoal fumando no ambiente
+ Dr. torcida

Lesões ou afecções encontradas



HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 27/09/2020

MAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

MAGNÓSTICO DEFINITIVO:

22:14

CRM

19/01

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Diagnóstico: S. de C. T. l. m.

CONDUTA:

- Faz X rays.
- Parceria do odontológico.
- Subscrever los + se an 80%.



Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Luiz Vieira de Almeida

CRM/RN 1964

CPF: 203.098.484-15

Data: ____ / ____ / ____ hora: _____

Destino: Cl. Médica: Cl. Cirúrgica: Cl. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatria:

Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Transferencia: Óbito:

Médico / Carimbo: _____



PACIENTE: FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA
DT. NASC.: 15/03/1975 IDADE: 45 A
SOLICITAÇÃO: ALLYSON BESSA - CRM: 9350 RN
EXAME: RX SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)

PROTOCOLO: 27546
DT. EXAME: 28/09/2020

CONVÊNIO: PARTICULAR

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

ANÁLISE:

Sinais de fraturas na face, notadamente nos seios maxilares, ambos com velamento e formação de níveis líquidos, sugestivos de hemossinus. Nota-se no seio maxilar esquerdo sinais sugestivos de fraturas na parede anterior e lateral. No seio maxilar direito fraturas nas paredes lateral, anterior, medial e superior/orbitária inferior. Fratura também no osso zigomático direito. À critério clínico correlacionar com tomografia para melhor avaliação.

Seios frontais, células etmoidais e seio esfenoidal normoerados, sem velamentos inflamatórios ou lesões expansivas no seu interior, com linhas mucoperosteais conservadas.

Cavidades nasais livres.

Septo nasal ósseo com desvio à esquerda..

Dr. Túlio César Rêgo Gomes
Diretor Técnico
Clínica Médica/Radiologia
CRM/RN 6416 – RQE/RN 3123

(84) 2141-1962
(84) 9.9601-9702 ☎
oestemaissaude@gmail.com ✉

R. João Raulino da Costa, 329
Bairro Chico Cajá, Pau dos Ferros/RN
CEP: 59900-000



Centro de Diagnóstico e Tratamento

TOMOGRAFIA MULTISLICE

Rua Quintino Bocaiúva 699, Alto do Açude - Pau dos Ferros - RN Fone: (84) 3351-2368 / 3167 9622-5974

Nome do Paciente: **FRANCISCO ERINALDO V. PESSOA**
Paciente: 48983856 DN: 15/03/1975 Idade: 45 ano (s)
Data Exame: 30/09/2020 00:00 Exame: TC FACE Convênio: SUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

TÉCNICA

Exame realizado em aparelho multislice com cortes axiais e posteriores reconstruções multiplanares, sem a administração de contraste endovenoso.

ACHADOS

Múltiplas fraturas em face bilateral, acometendo base da órbita e zigomático direito, mais notadamente as paredes inferolateral da órbita direita, parede lateral e anterior dos seios maxilares, algumas com cominussão e desvio entre os fragmentos, associados a espessamento mucoso dos seios maxilares bilaterais, com presença de edema e gás livre na região periorbitária direita, nos planos subcutâneos e musculares.

Pequena proptose à direita.

Cavidades frontais e esfenoidais septadas e normoaeradas com recessos fronto e esfenoetmoidais preservados.

Células etmoidais com aeração preservada e septos ósseos intercelulares integros.

Fóveas etmoidais simétricas e de boa profundidade.

Complexos ostiomeatais de aspecto anatômico.

Cornetas nasais de morfologia e dimensões normais.

Septo nasal íntegro e com leve desvio para esquerda.

Fossas pterigopalatinas sem alterações.

Coluna aérea da rinofaringe de calibre normal.

CONCLUSÃO

- Múltiplos traços de fratura, algumas cominutivas, acometendo a face bilateral, com achados descritos no corpo do laudo.
- Pequena proptose à direita.
- Septo nasal com pequeno desvio para a esquerda.

Laudo gerado: 05/10/2020 17:42. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: Ebabqe.

Thaisa Jácome R. Sarmento

Validação

Laudado Por:

Dra. Thaisa Jácome R. Sarmento

CRM-RN 6417 / RQE - 3925

Radiologista

Membro Titular do Colegio Brasileiro de Radiologia





PACIENTE: FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA
DT. NASC.: 15/03/1975 IDADE: 45 A
SOLICITAÇÃO: ALLYSON BESSA - CRM: 9350 RN
EXAME: RX TORAX - 1 INCIDENCIA (PA)

PROTOCOLO: 27930
DT. EXAME: 02/10/2020

CONVÉNIO: COPIRN

RADIOGRAFIA DE TORÁX PA

ANÁLISE:

PULMÕES: com transparência e padrão vascular normais, espessamento brônquico bilateral.

PLEURAS: livres, sem derrames ou espessamentos.

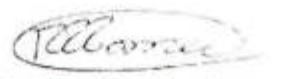
CÚPULAS FRÊNICAS: com disposição topográfica normal.

MEDIASTINO: anatômico, sem lesões aparentes ou desvios.

CORAÇÃO: de tamanho normal, segundo o índice cardiotorácico, com contornos preservados.

ARCABOUÇO TORÁCICO: ossos focalizados de configuração anatômica e densidade normal.

PARTES MOLES: sem aparentes lesões expansivas, atenuação gasosa ou calcificações de permeio.



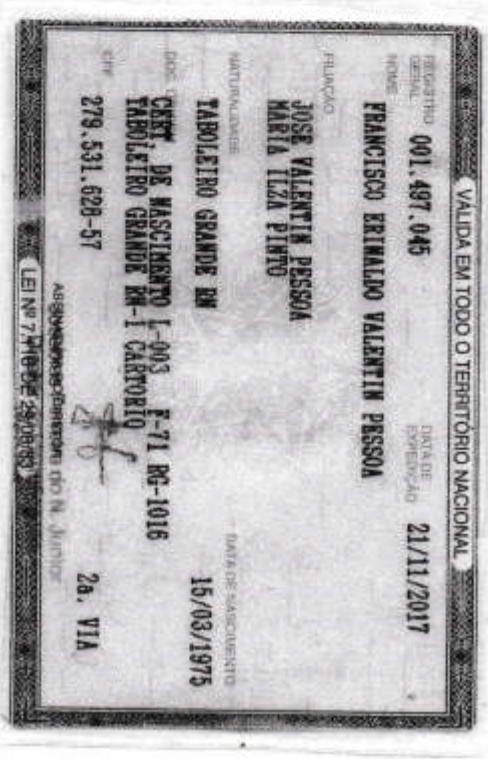
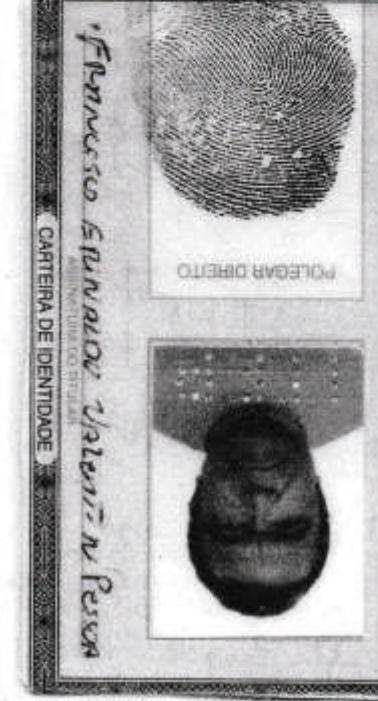
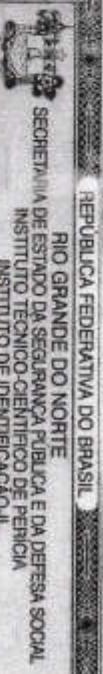
Dr. Túlio César Rêgo Gomes
Diretor Técnico
Clinica Médica/Radiologia
CRM/RN 6416 – RQE/RN 3123

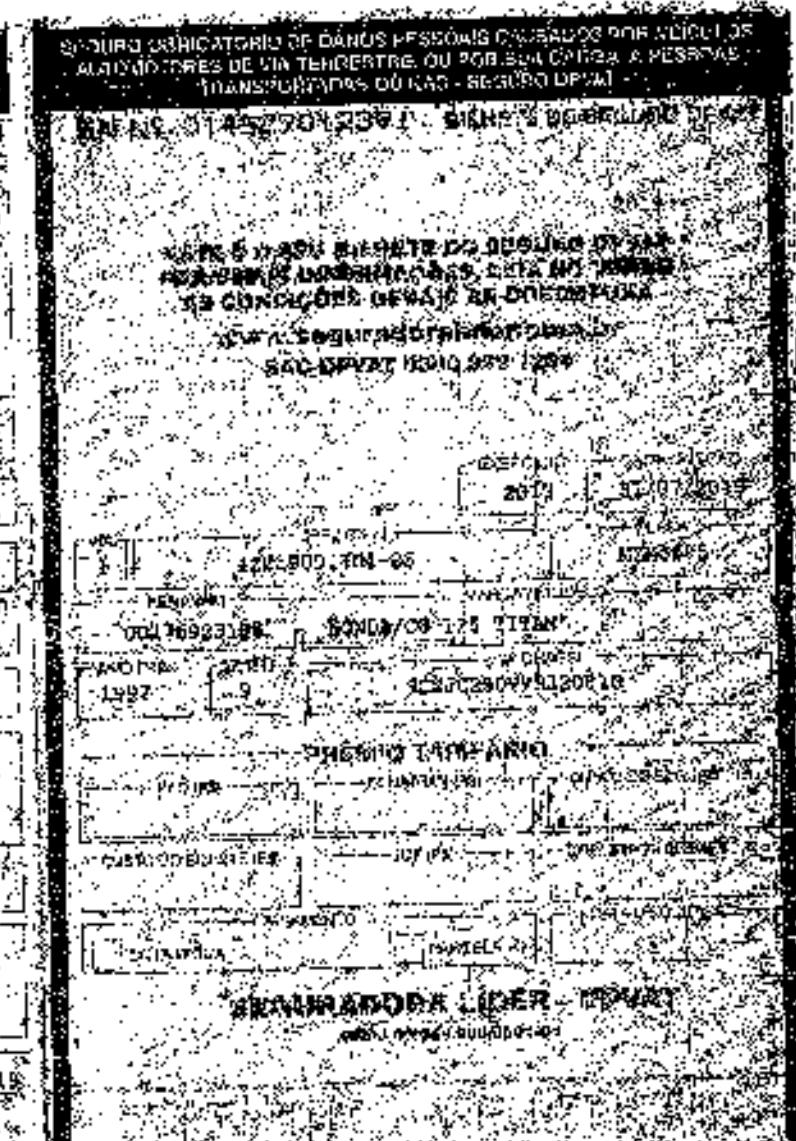
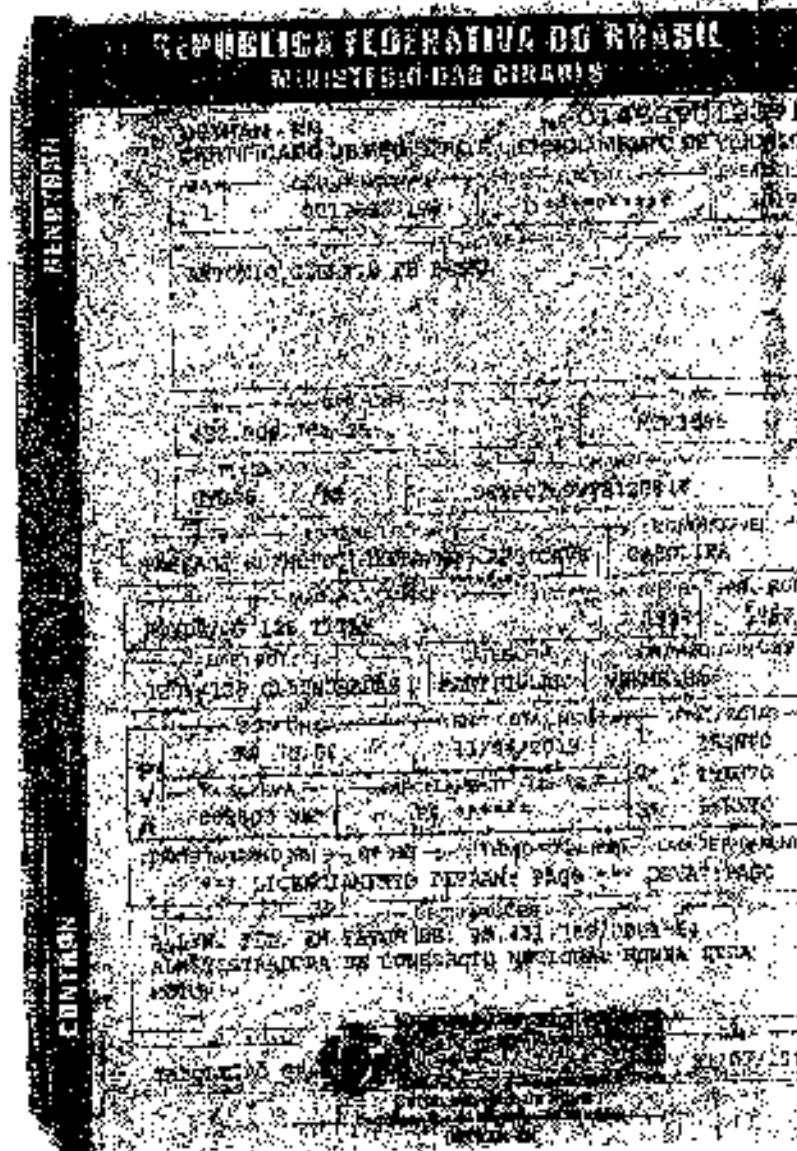
(84) 2141-1962
(84) 9.9601-9702 ☎
oestemaissaude@gmail.com ✉

R. João Raulino da Costa, 329
Bairro Chico Cajá, Pau dos Ferros/RN
CEP: 59900-000



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO SERIAL NOME	002.271.344	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/02/2018
CLÁUDIA MARIA DA SILVA		
FILHA DE		
JOSE RIBANAR DA SILVA JOSEFA AMATILDE DA SILVA		
NATURAL DA CIDADE		DATA DE NASCIMENTO
FRANCISCO DANTAS RN		14/06/1984
DOC. NÚMERO		
CERT. DE NASCIMENTO L-4-III P-26 RG-1098		
FRANCISCO DANTAS RN-1 CARTÓRIO		
CPF		
045.145.354-09		
Josélio Pereira do N. J. 2a. VRA		
LEI Nº 7.116 DE 20/06/1980		





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210001008

Data da solicitação: 10/05/20221
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Francisco Erinaldo Valentin Pessoa

CPF do beneficiário: 279.531.628-57

Nome do solicitante: Francisco Erinaldo Valentin Pessoa

CPF do solicitante: 279.531.628-57

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 996562676

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: davidfreitas1972@hotamil.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

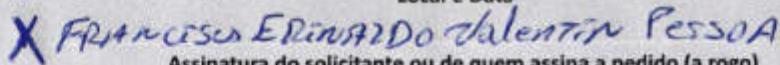
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Eu, venho através deste Solicitar uma reanalise do pedido de seguro DPVAT solicito que eu seja encaminhado a uma pericia medica para constatar as sequelas decorridas do acidente em questão

Tabuleiro Grande-RN 10/05/20210

Local e Data

 Francisco Erinaldo Valentin Pessoa

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Erinaldo Valentin Pessoa, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 27-09-2020
Cobertura: Invalidez, portador(a) do RG 001.497.045, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 279.531.628-57, residente no(a)
rua: Alexandre Soares nº 10,
bairro: Centro, município: Tabuleiro Grande /RN.

OUTORGADO:

Nome: Cláudia Maria da silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, portador(a) do RG
002.271.344, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 045.149.354 09, residente
no(a) rua: Antônio Gurjão nº 1377,
bairro: Alto São Geraldo, município: Pau dos Ferros / 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 DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Tabuleiro Grande-RN 29/12/2020

Local e Data



Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001093/21

Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSO.

CPF: 279.531.628-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2020

Titular do CPF: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLAUDIA MARIA DA SILVA : 045.149.354-09

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

FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA : 279.531.628-57

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: 04/01/2021
Nome: CLAUDIA MARIA DA SILVA
CPF: 045.149.354-09

CLAUDIA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2021
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA