

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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 PESSOA **Data do acidente:** 27/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: 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: 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3483 CONTA: 18341 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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, 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)

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 0154 4098

5067

VALIDO ATÉ

10/24

FRANCISCO E V PESSOA

3483 013 00018341-2

elo

REDMI NOTE 8
48MP QUAD CAMERA



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 - SÍTIOS 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) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2JC250VVR120816

7.1.4 Renavam: 00176923195

7.1.5 Placa: MZM3685

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN

7.1.9 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 VALENTIM 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 NÃO 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3483 CONTA: 18341 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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, 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 Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA IZA PINTO

CPF: 010.508.414-09 NIS: 16358287762

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV ALEXANDRE SOARES 10

CENTRO/AREA URBANA
59840-000 TABOLEIRO GRANDE RN

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

DATA DE VENCIMENTO

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

EEB8.E409.244E.E853.334F.4FA3.A513.5E8E

DESCRIÇÃO 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

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08602300
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,14746800
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,22120200
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	0,24578000
Consumo-TE até 30 kWh	0,08440950
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14470200
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,21705300
Consumo-TE superior a 220 kWh	0,24117000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
DEZ 20		263
NOV 20		268
OUT 20		261
SET 20		211
AGO 20		191
JUL 20		240
JUN 20		241
MAI 20		232
ABR 20		237
MAR 20		194
FEV 20		165
JAN 20		190
DEZ 19		149

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	51,80	38,53
Transmissão	6,11	4,55
Distribuição (Cosern)	33,06	24,60
Encargos Setoriais	1,00	0,74
Tributos	34,11	25,38
Perdas de Energia	8,33	6,20
TOTAL	134,41	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H976137	CAT	05/11/2020	24.852,00	04/12/2020	25.115,00	29	1,00000	0,00	263,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/01/2021

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	0,00	5,19	10,38	20,77	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,30	6,60	13,20	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,94	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 50,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial pelo: 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 próx. mês
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 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	Agência/Cod.Cedente	Espécie	Quantidade	Valor do Documento	(-)Desconto/Abatimento
	11/12/2020	3064-3/209344-8	R\$		150,56	
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número	Nº do Documento		(=) Valor Cobrado			
32174760103958922	0503407275		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	Nº do Documento	Espécie	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
04/12/2020	0503407275		N	04/12/2020	32174760103958922	
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	17	R\$			150,56	
Instruções 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura. 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária. 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.						(-) Desconto/Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa p/dia de atraso
						(+) Outros acréscimos

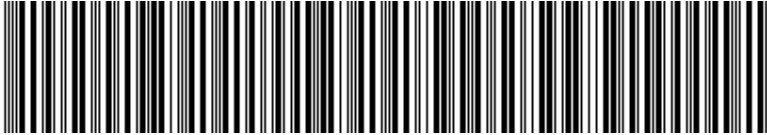
(=) Valor Cobrado
150,56

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


www.cosern.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
CLAUDIA MARIA DA SILVA
CPF: 045.149.354-09 NIS: 16046334463

ENDEREÇO 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

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

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

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

DESCRIÇÃO 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	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

Tributos	
ICMS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
70,39	12,67

Tributos	
COFINS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
70,39	0,92

Tributos	
COFINS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
70,39	6,07

Tributos	
COFINS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
70,39	4,27

Tarifas Aplicadas	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08602300
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,14746800
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,22120200
Consumo-TE até 30 kWh	0,08440950
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14470200
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,21705300

HISTÓRICO DO CONSUMO	
DEZ 20	157
NOV 20	73
OUT 20	153
SET 20	242
AGO 20	217
JUL 20	210
JUN 20	241
MAI 20	291
ABR 20	253
MAR 20	249
FEV 20	220
JAN 20	364
DEZ 19	311

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	27,12 38,53
Transmissão	3,20 4,55
Distribuição (Cosern)	17,31 24,59
Encargos Setoriais	0,53 0,75
Tributos	17,86 25,37
Perdas de Energia	4,37 6,21
TOTAL	70,39 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002180737033	CAT	10/11/2020 5.187,00	09/12/2020 5.344,00	29	1,00000	0,00	157,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2021

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	PAU FERROS	0,00	10,44	20,88	41,76
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,44	14,89	29,79
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,58	0,00	0,00
Limite DICRI: 16,60					
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

Pague no ponto mais perto de voce! ag correios paudalho: praca da matriz, centro / pointe celular: tv adolfo fernandes, 67, centro.Lista 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 próx. mês
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,78 .
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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

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

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/BIBLIOTECASWEB/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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

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

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 Enivaldo Valentim Pessoa IDADE: 45 anos

CARTÃO DO SUS: 7026062220225140 DN: 15/03/1975 PRONTUÁRIO: _____

COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro CONTATO: (84) 9683 4410
maria

NOME: DA MÃE: Maria Iza Pinto NATURALIDADE: Grande

ENDEREÇO: AV. Alexandre Soares N.º 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: Não Alergia

HISTORIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Set vítima de queda de mofoceleto no
1.º andar, apresentando hemorragias em face.
Det. 1076.

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:

hemorragias no nariz e hemorragias
em face.

TA:

PULSO:

RESPIRAÇÃO:

TEMPERATURA:

PESO:

RA: Trauma de Extrapneumotórax

LA: Amotivo

- Voltaren 100mg - 100mg OK
- Dipirona 500mg - 500mg C
- S650 500mg - 500mg C
- Omeprazol
- Ra de pcc. (de venoz)

RA: pat. renal transgênica

Dr. Allyson Bessa
CRM-BR 9350
Médico

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL MATERNIDADE RAIMUNDA BESSA

FICHA DE URGÊNCIA

NOME:	Francisco Edmundo Valentin Bessa		IDADE:	45		
CARTÃO DO SUS:	7026002 22025140		DN:	15/03/1975	PRONTUÁRIO:	
COR:		SEXO:	M	ESTADO CIVIL:		CONTATO:()
NOME: DA MÃE:	Maria Lda Pinto		NATURALIDADE:			
ENDEREÇO:	R. Amélia Alexandres		DATA:	28/09/2020	HORA/ENTRADA	18:36
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:

HISTORIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Pat c/ Rx de joelho fratura de fêmur
--

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:
--

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

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 Km 03, Bairro Alameda, Póvoas de Feijó, RJ. Telefone: 041 3337 9840

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. sofreu acidente de moto
apresentando lesões no antebraço
+ dor torácica*

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:


22:14

CRM

19/09

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA: \perp Fais X + grex.
- Parar do odontólogo.
- Serbom. e e sos + st ar 8/8/08.


Médico / Carimbo:

W. L. P.

DESTINO DO PACIENTE : Luiz Vieira de Almeida
CRM/RN 1964
CPF: 203.098.484-16

Data: / / hora:

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatría: ☐

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

Médico / Carimbo:



Oeste+Saúde

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

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 normoaerados, sem velamentos inflamatórios ou lesões expansivas no seu interior, com linhas mucoperiosteais 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 cominuição 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 esfenotmoidais preservados.

Células etmoidais com aeração preservada e septos ósseos intercelulares íntegros.

Fóveas etmoidais simétricas e de boa profundidade.

Complexos ostiomeatais de aspecto anatômico.

Cornetos 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**.

Thaís. Jácome R. Sarmiento

Laudado Por:

Dra. Thaís Jácome R. Sarmiento

CRM-RN 5417 / RQE - 3925

Radiologista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

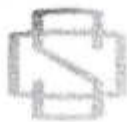
Validação



TODOS os laudos emitidos são arquivados digitalmente no nosso servidor para auditoria e segunda via.

Acessar o link no corpo do laudo para cópia FIEL do laudo. Utilizamos o sistema de teleradiologia <http://www.wbsrad.com.br>

1 de 1



Oeste+Saúde
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

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

CONVÊNIO: 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 perimeio.

Dr. Túlio César Régio 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

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



POLEGAR DIREITO



Claudia Maria da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.271.344	DATA DE EMISSÃO	06/02/2018
NOME	CLAUDIA MARIA DA SILVA		
FILIAÇÃO	JOSE RIBAMAR DA SILVA JOSEFA ANAILDE DA SILVA		
NACIONALIDADE	FRANCISCO BANTAS RN	DATA DE NASCIMENTO	14/06/1984
DOC. CÍVIL	CERT. DE NASCIMENTO L-4-III F-26 06-1098 FRANCISCO BANTAS RN-1 CARTORIO		
CPF	045.149.354-09	Assinatura do N. J. J.	2a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 06/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II

POLEGAR DIREITO

Francisco Ernaldo Valentin Pessoa

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CE-FAL 001.497.045

DATA DE
EXPIRAÇÃO 21/11/2017

NOME
FRANCISCO ERNALDO VALENTIN PESSOA

FILIAÇÃO
JOSE VALENTIN PESSOA
MARIA ILZA PIATO

NATURALIDADE
TABOLEIRO GRANDE EM

DATA DE NASCIMENTO
15/03/1975

DOC. DE NASCIMENTO L-003 F-71 RG-1016
TABOLEIRO GRANDE EM-1 CARTORIO

CIFR 279.531.628-57

26. VIA

ASSEMBLEIA Legislativa do RN, Junho

LEI Nº 7.716 DE 29/08/83

END

100-443887-100

BRUNNEN LITERATURE

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
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: davidfreitas1972@hotmail.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 sequela decorridas do acidente em questão

Tabuleiro Grande-RN 10/05/20210

Local e Data

X FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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

X FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001093/21

Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

CPF: 279.531.628-57

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/09/2020

Titular do CPF: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CLAUDIA MARIA DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA