



Número: **0801270-49.2021.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **22/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FAUSTO MARCELINO (AUTOR)		Francisco Lopes da Silva (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77071 260	17/12/2021 18:13	2849829_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação



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, 15 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210167612 Vítima: FAUSTO MARCELINO

Data do Acidente: 21/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO LOPES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FAUSTO MARCELINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01367/01368 - carta_11 - INVALIDEZ

00020684





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:

136.439.438-69

4 - Nome completo da vítima:

FAUSTO MARCELINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:
FAUSTO MARCELINO

6 - CPF:

136.439.438-69

7 - Profissão:
APOSENTADO

8 - Endereço:
RUA SALINA AUGUSTO SEVERO

9 - Número:

07

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:
SALINOPOLIS

12 - Cidade:

AREIA BRANCA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59655-000

15 - E-mail:

EMAIL: djenane830@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

84-9948.46195

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3226

3

CONTA: 0002206

(Informar o dígito se existir)

3

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.



Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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
- 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 Lider 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:



Sim



Não

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MARIA BARBOSA MARCELINO

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

503.179.384-87

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

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

38 - 1ª | Nome: DJANIRA BARBOSA MARCELINO SANTOS

CPF: 012.160.844-16

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ANTONIO ERINALDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 088.213.044-77

Assinatura da testemunha





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20065858B01



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



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



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



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1071043, Policial Rodoviário Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 21/12/2020 Hora: 09:00 Município: AREIA BRANCA/RN
BR: 110 KM: 0,9 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: EDUARDO AUGUSTO, 1071043

ASPECTOS DO LOCAL

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

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

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 21/12/2020, por volta das 09h00, no km 0,9 da BR 110, em Areia Branca-RN, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal, com duas pessoas lesionadas gravemente. Os veículos envolvidos foram: motocicleta HONDA/CG 160 START de placa RGE5C90 (V1) e motocicleta HONDA/CBX 200 STRADA de placa MYU7500 (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que o V1 seguia no sentido Areia Branca-RN/Mossoró-RN quando seu condutor deparou-se com o V2 saindo de uma via local, transversal à BR 110 e adentrando a rodovia no sentido Areia Branca, vindo assim a ocorrer a colisão transversal entre os veículos. O local estava preservado. No sentido crescente, havia marcas de fricção na pista, onde teria sido o provável local da colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme análise dos vestígios identificados e da dinâmica apresentada, conclui-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção na condução do V2, uma vez que seu condutor não aguardou a passagem do V1 para adentrar a via.

OBSERVAÇÕES: 1. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos e placa de regulamentação de velocidade que indicava 50 km/h máxima para o local. 2. Os condutores tinham sido socorridos para o hospital HRTM. 3. O V1 foi liberado no local para um conhecido do condutor, o sr.



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1071043, Policial Rodoviário Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



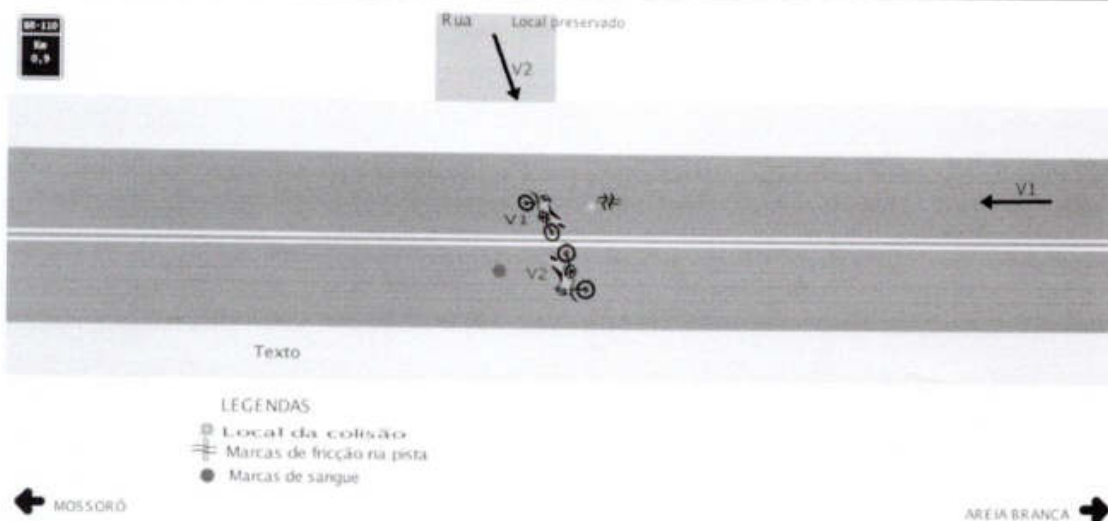
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

Roberto Guedes de Melo, CPF 082673894-07-4. O V2 foi liberado no local para o filho do condutor, o sr. Fausto Marcelino Júnior, CPF 031407614-06-5. Não foi possível fazer teste de alcoolemia em nenhum dos condutores, visto que ambos estavam lesionados gravemente e em atendimento médico.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	
2	Tombamento	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1071043, Policial Rodoviário Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191

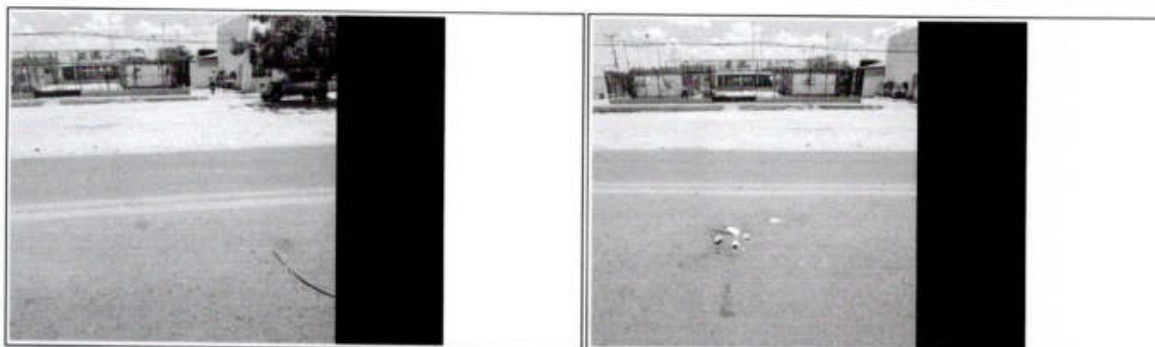


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - RGE5C90 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: RGE5C90 Marca/modelo: HONDA/CG 160 START

Ano fabricação: 2020 Chassi: 9C2KC2500MR020418

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

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

Renavam: 01248459544

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vermelha



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1021043, Polícia Rodoviária Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CG 160 START

Placa: RGE5C90

Nº BOAT: 20065858B01

Nome do Agente: EDUARDO AUGUSTO

Matrícula do Agente: 1071043

Data: 21/12/2020

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

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1071043, Polícia Rodoviária Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2021 18:13:35

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121718133502800000073397462>

Número do documento: 21121718133502800000073397462



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

V1 - Proprietário

Nome: LUANA PRISCILLA CAMPOS SANTIAGO
Email:
Endereço: AREIA BRANCA-RN

CPF/CNPJ: 086.557.514-21
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - FRANCISCO ELIFRAN DE OLIVEIRA

V1C - Informações

Nome: FRANCISCO ELIFRAN DE OLIVEIRA
CPF: 090.625.184-27
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não
Informações complementares: O veículo foi entregue, no local, a um parente do condutor: Roberto Guedes de Melo. CPF 082673894-07

Data de Nascimento: 03/04/1989
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: RN
Observações CNH: 1115

Primeira habilitação: 18/11/2009
Vencimento da habilitação: 12/03/2019

Nº Registro: 04813051505
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 210, SOMOBAN, AREIA BRANCA-RN
Telefone:
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - MYU7500 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: MYU7500
Ano fabricação: 1998
Espécie: Passageiro
Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Marca/modelo: HONDA/CBX 200 STRADA
Chassi: 9C2MC270XWR004026
Categoria: Particular

Renavam: 00708442447
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Verde



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1071043, Policial Rodoviário Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

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

Veículo: V2 / HONDA/CBX 200 STRADA
Nome do Agente: EDUARDO AUGUSTO

Placa: MYU7500
Matrícula do Agente: 1071043

Nº BOAT: 20065858B01
Data: 21/12/2020

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

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1077043, Polícia Rodoviária Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2021 18:13:35

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121718133502800000073397462>

Número do documento: 21121718133502800000073397462

Num. 77071260 - Pág. 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20065858B01

V2 - Proprietário

Nome: FAUSTO MARCELINO
Email:
Endereço: AREIA BRANCA-RN

CPF/CNPJ: 136.439.428-69
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - FAUSTO MARCELINO

V2C - Informações

Nome: FAUSTO MARCELINO
CPF: 136.439.428-69
Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 13/12/1943
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

Morreu após remoção: Não
Informações complementares: O veículo foi entregue, no local, ao filho do condutor: Fausto Marcelino Junior.
CPF 031407614-06

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: SALINA AUGUSTO SEVERO, 10, SALINÓPOLES, AREIA BRANCA-RN
Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por EDUARDO AUGUSTO, matrícula 1071043, Polícia Rodoviária Federal, em 26/12/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 11 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



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:

136.439.438-69

4 - Nome completo da vítima:

FAUSTO MARCELINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:
FAUSTO MARCELINO

6 - CPF:

136.439.438-69

7 - Profissão:
APOSENTADO

8 - Endereço:
RUA SALINA AUGUSTO SEVERO

9 - Número:

07

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:
SALINOPOLIS

12 - Cidade:

AREIA BRANCA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59655-000

15 - E-mail:

EMAIL: djenane830@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

84-9948.46195

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3226

3

CONTA:

0002206

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

MARIA BARBOSA MARCELINO

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

503.179.384-87

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

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

38 - 1ª | Nome: DJANIRA BARBOSA MARCELINO SANTOS

CPF: 012.160.844-16

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ANTONIO ERINALDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 088.213.044-77

Assinatura da testemunha



MARIA BARBOSA MARCELINO

CPF: 503.179.384-87

CENTRO/ÁREA URBANA
AREIA BRANCA RN
59655-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Conv. Monômia - Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SEMI	PERÍODO
059484748	UNICA	27/04/2021
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTIFICAÇÃO
27/04/2021	3000955225	72018

CONTA CONTRATADA	MÊS ANO
0793326017	04/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA/LEGISLA
04/05/2021	25/05/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	169,25

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	211,0000000	0,35917028	75,78
Consumo Ativo(kWh)-TE	211,0000000	0,30815222	64,90
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,06
Multa por atraso-NF 056327221 - 23/02/21			2,70
Juros por atraso-NF 056327221 - 23/02/21			1,34
Atualização IGPM-NF 056327221 - 23/02/21			4,12

TOTAL DA FATURA

169,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2100001120	CAT	26/03/2021	9.839,00	27/04/2021	9.950,00	32	1,00000		211,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)	ICMS	PIS	COFINS	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto
ABR 21	211				143,95	18,00	25,91					
MAR 21	163				143,95	0,33	0,76					
FEV 21	200				143,95	2,43	3,49					
JAN 21	141											
DEZ 20	79											
NOV 20	82											
OUT 20	72											
SET 20	65											
AGO 20	76											
JUL 20	60											
JUN 20	78											
MAI 20	109											
ABR 20	111											

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	Consumo Ativo(kWh)-TE	TAXAS APLICADAS
211,00	211,00	0,35917028
		0,30815222

BCPF 1402 ECB 2005 E 783 1981 8800 07 69

ATENÇÃO A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

APÓS 15 DIAS DE CONTAS EM ABERTO, A COSERN PODE SUSPENDER O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA.

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
04/05/21	27/04/21	143,95			

Não existem débitos de 2020 e anos anteriores. Esta mensagem substitui, para o propósito de cumprimento das obrigações de consumo, as informações das faturas anteriores emitidas, Art. 4º da Lei nº 2.007/2001. Esta mensagem não substitui a fatura.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2021 18:13:35

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121718133502800000073397462

Número do documento: 21121718133502800000073397462



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20555199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO LOPES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA WALTER VANDERLEY, 158

CPF: 074.357.114-20

PLANALTO TREZE DE MAIO/ÁREA URBANA
MOSSORO RN
59653-100

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESENCIAL
Conv. Monofásico - Monofásico

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO
0467666010	06/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LETURA
14/06/2021	07/07/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	887,99

Nº DA NOTA FISCAL	UNIDADE	EMISSÃO
081472279	UNICA	07/06/2021
IDENTIFICAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
0706/2021	3006260546	550600

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VARI-TU50)	816,0000000	0,48148315	422,72
Consumo Ativo (VARI-TE)	816,0000000	0,38171403	311,33
Acrescimo Bandeira VERMELHA			62,34
Contrib. Ilum. Pública Municipal			44,22
Multa por atraso NF 056289448 - 07/04/21			14,53
Juros por atraso NF 056289448 - 07/04/21			8,42
Atualização ICPM NF 056289448 - 07/04/21			8,50
Compensação DMC 04/21			-3,37

TOTAL DA FATURA

887,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (VARI)
31806537	CAI	06-05-2021	13-07-20		07-06-2021	14-07-20		30	1,00000		918,00

COMPOSIÇÃO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
JUN/21	918	ICMS PIS COFINS	BASE DE CÁLCULO 816,38 816,38 816,38	VALOR DO IMPORTE 17,00 0,90 4,19	Gerador de Energia	R\$ 148,56	16,48%	
MAR/21	892				Transmissão	R\$ 39,75	4,47%	
ABR/21	977				Distribuição (Cosern)	R\$ 172,20	19,22%	
MAR/21	930				Potência de Energia	R\$ 39,75	4,48%	
FEV/21	790				Encargos Setoriais	R\$ 53,11	5,91%	
JAN/21	936	TARIFAS APLICADAS		Total		R\$ 261,97	29,08%	
DEZ/20	760	Consumo Residencial - T500		Consumo Ativo (VARI-TE)		R\$ 2.390,00		
NOV/20	891					R\$ 2.400,00		
OCT/20	819							
SET/20	807							
AGO/20	860							
JUL/20	1013							
JUN/20	1066							
FICHA DE CONSUMO RESIDUAL - 2020/2021								

Para mais informações sobre as regras de uso da energia elétrica, consulte o site da Cosern ou o site da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL).
A Cosern é uma empresa de utilidade pública, sob o regime de concessão, e presta serviços de distribuição de energia elétrica no Estado do Rio Grande do Norte.
A Cosern é uma empresa de utilidade pública, sob o regime de concessão, e presta serviços de distribuição de energia elétrica no Estado do Rio Grande do Norte.
A Cosern é uma empresa de utilidade pública, sob o regime de concessão, e presta serviços de distribuição de energia elétrica no Estado do Rio Grande do Norte.

ATENÇÃO A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO					
APÓS PAGAMENTO, observe o extrato para verificar se não há débitos em aberto.					
Vencido	01/06/2021	Valor	172,20	Vencido	Valor
Vencido	01/06/2021	Valor	172,20	Vencido	Valor

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
TIPO DE INTERRUPÇÃO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DR	3,00	3,17	9,36	220	210 - 230
FR	3,38	2,77	9,00		
DR+FR	1,22				

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0467666010	06/2021	14/06/2021	887,99





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Francisco Lopes da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 094357114-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fausto Marcelino inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.439.428,69
do sinistro de DPVAT cobertura ok invalidoz da Vítima Fausto Marcelino
inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.439.428,69, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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, 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>Walter Wanderley</u>	Número: <u>158</u>	Complemento: <u>laza</u>
Bairro: <u>Liberdade I</u>	Cidade: <u>Mossoró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Chicelopesculvegado@bd.com.br</u>	CEP: <u>59.633 100</u>	Tel. (DDD): <u>84) 996857958</u>

Local e Data: Mossoró 10 de junho de 2021.

Francisco Lopes da Silva
Assinatura do Declarante





FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME / RECEPÇÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS: 708 1055 4632 5231		NÚMERO DO ATENDIMENTO: 18	
NOME: Fausto Marcelino		IDADE: 76	
DATA DE NASCIMENTO: 12/1944	SEXO:	NOME DA MÃE: Fátima Regina	PROFISSÃO:
ENDEREÇO (RUA/AV): Rua Augusto Severo	CIDADE: A. N.	NATURALIDADE:	ESTADO: RP
FORMA: 7296-737	ACOMPANHANTE: Filha	DATA: 01/12/2020	HORA: 9:36
TIPO DA PROCURA: A. Medica Acidente		RUBRICA DO SERVIDOR: Bin	

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

SINAIS: Alteração de coloração cutânea com equimatos, desorientado	
INÍCIO (DIAS/HORAS):	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS (S) DM (S) OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
DADOS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: _____ Kg Temp.: _____ °C P.A.: 180 x 90 mmHg F.C.: 103 BPM	
R.: _____ RPM SpO2: 97 % H.G.T.: _____ Mg/Dl Escala de Glasgow: _____ PTS.	
NÍVEL DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	
CLASSIFICAÇÃO:	

ANAMNESE (MÉDICO)

Relato realizado em realização médica-maternal, realizado pelo SAMU. Não possui uso de medicamentos. Exatidão na ingestão, ingestão, mas não tolera com a história de trauma. No momento apresenta edema palpebral bilateral e alteração da audição.

U - VA apresenta com alteração da audição.

D - MV + MV AHT com RA. Em captação está apresentando alterações

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

C - Hemodinamicamente estável.

D - ECO IS - PE - Oligúria a anúria. Biquilíbrio hídrico (?)

E - Exame físico em geral, membros superiores e inferiores.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () HC () JEAS OUTROS:	
ECG	OUTROS:

IPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

Patologia + TCE

CID:

MUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

A: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta
() Internação no próprio hospital () Orientações

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

353408851

NEURO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **24106 FAUSTO MARCELINO**

Prontuário: 0

CNS: 708105546325231

Nascimento: 13/12/1943

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: GENESIA EUFRASIA

Pai: JOSE MARCELINO

Endereço: RUA SALINA AUGUSTO SEVERO, 11 - SALINOPOLIS - AREIA BRANCA

Fone: 92210231 /

Município: AREIA BRANCA

Código Municipal IBGE:

240110 UF: RN

CEP: 59655-000

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 1881 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Colisão moto x moto.

G11 - blefarohematoma bilateral.

NO

CN

Ma

Ed

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Necessidade de intervenção neurocirúrgica - agendada para 22/12/20, 13h - Hospital Wilson Rosado. Necessita UTI para pós-operatório imediato. Cirurgião: Dr. Starlynn Santos

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC crânio: Afundamento fechado bifrontal com desnivelamento à esquerda e pneumocrânio.

PROCEDIMENTOS:

04.03.01.026-8 - Tratamento cirúrgico de fratura do crânio com afundamento + 04.03.01.002-0 - Craniotomia descompressiva + 04.03.01.034-9 - Trepanação craniana para propedêutica neurocirúrgica / implante para monitorização pic + 04.03.01.001-2 - Cranioplastia

+ 04.03.01.024-1 + Tratamento cirúrgico de fístula líquórica craniana

CID: S027

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

*415010012. TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

Profissional Solicitante / Assistente:

ANDRE LIMA BATISTA

Andre Lima Batista
Neurocirurgião Endovascular
CRM/RN 4119

CRM: 4119 / RN

Data da Solicitação 21/12/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

ento: () CNS () CPF nº _____

3 Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2021 18:13:35

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121718133502800000073397462

Número do documento: 21121718133502800000073397462

Código 353428130

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Município Regulador
MOSSORO
Data Desejada

CNES:
2503689
Unidade Desejada:
HOSPITAL WILSON ROSADO
22.12.2020
CNES:
2371707

DADOS DO PACIENTE

CNS
708105546325231
Nome do Paciente
FAUSTO MARCELINO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
13/12/1943 (77 anos)
Nome da Mãe:
GENESIA EUFRASIA
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
10
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 98813-8163 ([Exibir Lista Detalhada](#))
Nome do Responsável:
Não Informado

Nome Social/Apelido:

Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
CAJAZEIRAS - PB
Logradouro:
SALINA AUGUSTO SEVERO
Bairro:
CONJUNTO SALINOPOLIS
Município de Residência:
AREIA BRANCA
Complemento:

CEP:
59655000
UF:
RN

Telefone do Responsável:
84 986372019

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
87805537453
Diagnóstico Inicial - CID:
CID INEXISTENTE - 000
Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Caráter
11 - Urgência
Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - NEUROCIRURGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Nome do Médico Solicitante:
ANDRE LIMA BATISTA
Status da Solicitação:
PENDENTE

Clinica Complementar:
COMPLEMENTAR - UTI ADULTO - TIPO II
Código:
0415010012

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PROCEDIMENTOS: 04.03.01.026-8 - Tratamento cirúrgico de fratura do crânio com afundamento + 04.03.01.002-0 - Craniotomia descompressiva + 04.03.01.034-9 - Trepanação craniana para propedêutica neurocirúrgica / implante para monitorização pic + 04.03.01.001-2 - Cranioplastia + 04.03.01.024-1 + Tratamento cirúrgico de fistula liquórica craniana CID: S027 Diagnostico e Procedimento Inicial: *415010012.TRATAMENTO C/

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

TC crânio: Afundamento fechado bifrontal com desnívelamento à esquerda e pneumocrânio.

Condições que Justificam a Internação:

Necessidade de intervenção neurocirúrgica - agendada para 22/12/20, 13h - Hospital Wilson Rosado. Necessita UTI para pós-operatório imediato. Cirurgião: Dr. Startynn Santos

Natureza da lesão

Grave

PARECER

Situação:
PENDENTE
Motivo de Impedimento do Regulador

Operador Solicitante:
01192332407THAILMA

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

CRM

Data
21.12.2020 - 17:07:07

Data da Extração dos Dados: 21/12/2020 17:07:07





SESAPIRN - HRTM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Atend: 27008/2020 Dt. Atend: 21/12/2020 11:42 Dt. Impressão: 21/12/2020 11:45

Paciente: 24106 FAUSTO MARCELINO - Masculino - 77 anos 0 meses e 8 dias

BAA: HRTM 22020/2020 - Unid: Quarto: Leito:

Med. Solicitante: MEDICO PLANTONISTA - CRM 1/RN

HEMOGLOBINA: 14,10 g/dl

Valores Referência: Masculino: 13,5 a 18,0 g/dl

Feminino: 11,5 a 16,0 g/dl

Método: Automação BS-3000plus

HEMATÓCRITO : 41,50 %


Valores de Referência : Masculino : 40 a 54 %

Feminino : 37 a 47 %

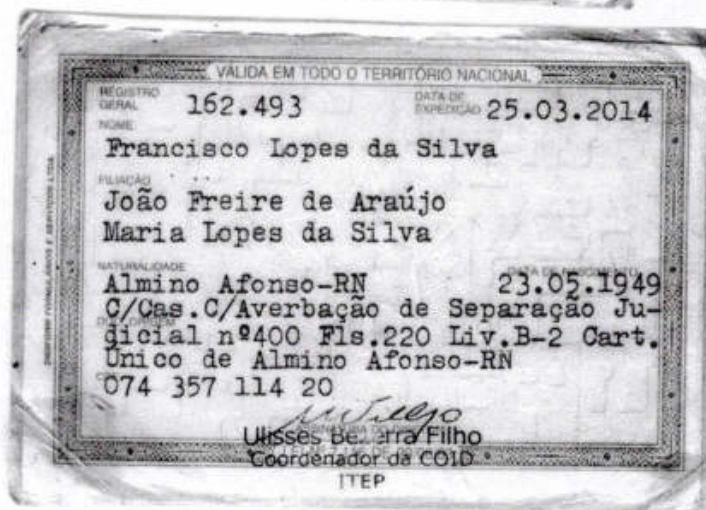
Crianças : 30 a 40%

Recém-nacidos : 45 a 65%

Método : Semi-automatizado: BC - 3000plus


Erika Caldas De Queiroz Silva
Farmacêutica Bioquímica
CRF - 3347 / RN







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **013412723192**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 00708442447 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2017

NOME: FAUSTO MARCELINO

CPF / CNPJ: 136.439.428-69 PLACA: MYU7500

PLACA ANT. / UF: MYU7500 / RN CHASSI: 9C2MC270XWR004026

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NÃO APLICAVE COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CBX 200 STRADA ANO FAB: 1998 ANO MOD: 1999

CAP. / POT. / CIL: 19CV/196 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: VERDE

COTA ÚNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA: 04/07/2017 VENC. / COTAS: 1º ISENTO

FAIXA I.P.V.A.: 014102-3X PARCELAMENTO / COTAS: R\$ ***** 2º ISENTO

3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: MOTOR: M0275-K004026 DE PORTE OBRIGATÓRIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ARREIA BRANCA/LOCAL: CATA: 28/09/2017

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

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

RN Nº 013412723192 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 28/09/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 136.439.428-69 PLACA: MYU7500

RENAVAM: 00708442447 MARCA / MODELO: HONDA/CBX 200 STRADA

ANO FAB: 1998 CAT. TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2MC270XWR004026

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATIAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO:

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.609/0001-04



MARIA BARBOSA MARCELINO

CPF: 503.179.384-87

CENTRO/ÁREA URBANA
AREIA BRANCA RN
59655-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Conv. Monômia - Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
059484748	UNICA	27/04/2021
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTIFICAÇÃO
27/04/2021	3000955225	72018

CONTA CONTRATADA	MÊS ANO
0793326017	04/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA/LEGISLA
04/05/2021	25/05/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	169,25

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	211,0000000	0,35917028	75,78
Consumo Ativo(kWh)-TE	211,0000000	0,30815222	64,90
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,06
Multa por atraso-NF 056327221 - 23/02/21			2,70
Juros por atraso-NF 056327221 - 23/02/21			1,34
Atualização IGPM-NF 056327221 - 23/02/21			4,12

TOTAL DA FATURA

169,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2100001120	CAT	26/03/2021	9.839,00	27/04/2021	9.950,00	32	1,00000		211,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)	ICMS	PIS	COFINS	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto	Valor do Imposto
ABR 21	211				143,95	18,00	25,91					
MAR 21	163				143,95	0,33	0,76					
FEV 21	200				143,95	2,43	3,49					
JAN 21	141											
DEZ 20	79											
NOV 20	82											
OUT 20	72											
SET 20	65											
AGO 20	76											
JUL 20	60											
JUN 20	78											
MAI 20	109											
ABR 20	111											

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	Consumo Ativo(kWh)-TE	TAXAS APLICADAS
211,00	211,00	0,35917028
		0,30815222

BCPF 14/02 ECD 12/05 ECD 12/05 ECD 12/05

ATENÇÃO A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

APÓS 15 DIAS DE CONTAS EM ABERTO, A COSERN PODE SUSPENDER O FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA.

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
04/05/21	27/04/21	143,95			

Não existem débitos de 2020 e anos anteriores. Esta mensagem substitui, para o propósito de cumprimento das obrigações de consumo, as informações das faturas anteriores emitidas, Art. 4º da Lei nº 2.007/2001. Esta mensagem não substitui a fatura.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/12/2021 18:13:35

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21121718133502800000073397462

Número do documento: 21121718133502800000073397462

Num. 77071260 - Pág. 23

SECRETARIA NACIONAL

REGISTRO 2.213.325 DATA 04.07.2000

NOME Maria Barbosa Marcelino
Pedro Gonçalves
Antônia Barbosa Gonçalves

ANTÔNIO MARTINS-RN 18.07.1952

Cert.Cas.294 Lv.B-2 Fls.93ev

Cart. Antonio Martins-RN.

503.179.384-87

Edvaldo Ferreira Santos
SUB-COORD. REGIONAL ITP
NATAL-RN

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLESONO CIENTÍFICO

Maria Barbosa Marcelino

DATA DE NASCIMENTO





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
COMARCA DE AREIA BRANCA
OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS

08.383.622/0001-58
OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS
E REGISTROS
Centro CEP 59.655-000
AREIA BRANCA - RN

Livro: 74
Folhas: 119
Giseuda Chaves Barreto
Tabeliã

Maria da Conceição de S. Silva
Escrevente Substituta

Marilena Oliveira de Sousa
Segunda Substituta

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ: o(a) Sr(a) **FAUSTO MARCELINO**, conforme se vê abaixo.

S A I B A M, quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que aos **(07/06/2021)** sete dias do mês de Junho de dois mil e vinte e um, nesta cidade e Comarca de Areia Branca/RN. Compareceu o(a) **Sr(a). FAUSTO MARCELINO**, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG nº 818.304-SSP/RN e CPF 136.439.428-69, residente e domiciliado na Rua Salina Augusto Severo, 07, Salinópolis, Areia Branca/RN, maior e capaz, não alfabetizado, sendo representado pelo a rogo de Maria Barbosa Marcelino, Brasileira, casada, aposentada, RG Nº 2.213.315-SSP/RN, CPF Nº 503.179.384-87, Reconhecido pelo próprio de mim Escrevente por ele me foi dito, que por este instrumento, e nos termos de direito, nomeia e constitui seu bastante procurador(a): o Sr, Dr.(a) O **Dr. FRANCISCO LOPES DA SILVA**, brasileiro, Advogado, OAB/RN nº 1935, com escritório profissional nesta cidade – Areia Branca/RN, maior e capaz, a qual confere os mais amplos e ilimitados poderes para representar o outorgante Perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo Substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, adim de requerer a indenização do seguro obrigatório DPVAT para a vitima Fausto Marcelino. Assim o disse do que dou fé que este instrumento SOB MINUTA que lhes li em voz alta e achou em tudo conforme indo assinado abaixo, sendo dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 134 da lei 6.952 de 06.11.81, publicada no D.O.U. edição de 10.11.81, EMOLUMENTOS E CUSTAS Em conformidade com o provimento nº 04/2018/TJRN da Corregedoria da Justiça: Ao Oficial R\$ 59,90, ao FDJ R\$14,17, ao FRMP R\$ 1,78, ao FCRCPN R\$ 5,39, ao ISS R\$ 2,69 e ao PGE/RN R\$ 0,41.O referido é verdade, dou fé. Eu, (Marilena Oliveira de Sousa), Tabeliã/Substituta, que o fiz digitar, subscrevo e assino em público e raso de que uso.

Marilena Oliveira de Sousa
Tabeliã/Substituta

Marilena Oliveira de Sousa
085.753.717-90
Substituta

 Poder Judiciário do RN
Selo Digital de Fiscalização
OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - RN
Selo Normal
RN202100951410003520YBM
Consulte a validade no site: <https://selodigital.tjrn.jus.br>

Maria Barbosa Marcelino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133772/21

Vítima: FAUSTO MARCELINO

CPF: 136.439.428-69

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 21/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FAUSTO MARCELINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO LOPES DA SILVA : 074.357.114-20

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

FAUSTO MARCELINO : 136.439.428-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/06/2021
Nome: FRANCISCO LOPES DA SILVA
CPF: 074.357.114-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2021
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

FRANCISCO LOPES DA SILVA

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

