

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004162/23

Número do Sinistro: 3230002941

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

JOSE RICARDO DA SILVA : 627.220.004-82

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2023

Nome: JOSE RICARDO DA SILVA

CPF: 627.220.004-82

JOSE RICARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2023

Nome: Cristina Limeira Alves

CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004162/23

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Outros

JOSE RICARDO DA SILVA : 627.220.004-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

EDILEUZA JERONIMO ROSA : 597.301.614-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/02/2023
Nome: EDILEUZA JERONIMO ROSA
CPF: 597.301.614-53

EDILEUZA JERONIMO ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/02/2023
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Enviado em: terça-feira, 14 de fevereiro de 2023 14:45
Para: THATIANA PIRES BELLOT
Cc: Margarida
Assunto: RES: PROJETO CORREIOS - 08/02/2023

Thatiana,

Documento recepcionado em sistema.

Todos os Ars tratados.

De: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Enviada em: sexta-feira, 10 de fevereiro de 2023 18:46
Para: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>
Cc: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: PROJETO CORREIOS - 08/02/2023

Thatiana,

Dois AR's tratava-se de documentos complementares de um sinistro de morte, beneficiários distintos, cadastrei ambos no processo.

porém a documentação nova somente de um foi incluída no sistema, após efetuar a digitalização foi que percebi que o Ar seguinte tratava da mesma vítima.

Estou aguardando o sinistro ser pendenciado para inserir o documento do beneficiário abaixo.

BR701635843BR-ASL-000416223-BENEFICIARIO JOSE RICARDO

Os demais Ar's foram tratados.

De: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>
Enviada em: quinta-feira, 9 de fevereiro de 2023 07:24
Para: CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Cc: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Assunto: PROJETO CORREIOS - 08/02/2023

Cris,

Bom dia!

Segue.

DOCUMENTO 08.02

JU392086374BR

JU522984676BR

BR701635843BR

BR701635857BR

Atenciosamente,

Thatiana Bellot

Gerencia de Sinistros

thatiana.bellot@seguradoralider.com.br



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115, 19º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP 20040-004

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Mônica Silvestre <monica.silvestre@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 14:34

Para: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>

Cc: Kelly de Souza <kelly.souza@seguradoralider.com.br>; Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>;

Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES

<cristina.alves@seguradoralider.com.br>; Emanuelle Teixeira <emanuelle.teixeira@seguradoralider.com.br>; Felipe

Santos <felipe.santos@seguradoralider.com.br>

Assunto: PROJETO CORREIOS - 08/02/2023

Prezados, boa tarde!

Segue, relação dos objetos recepcionados no dia 06/02/2023. Informo, que eles já estão disponíveis na Pasta de Transferência-DIGITALIZAÇÃO PROJETO CORREIOS-COTEC-2022 no dia de hoje (08/02/2023).

DOCUMENTO 08.02

JU392086374BR

JU522984676BR

BR701635843BR

BR701635857BR

Conforme informativo encaminhado no dia 23/01/2023, solicito, informar se os arquivos físicos dos documentos em anexo poderão ser descartados ou arquivados.

Peço, por gentileza, que a resposta seja encaminhada no prazo de 05 (cinco) dias.

Atenciosamente,

Mônica Silvestre

Coordenação de Cadastro de Pagamentos

monica.silvestre@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115 - 19º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP 20040-004

ORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

sembleia Nº 100

eiro/RJ

1-904



REGISTRADO URGENTE <i>Registered priority</i>	PESO (kg) <i>Weight</i>	0,110
	Doc.	X AR MP
R 70163584 3 BR		

D. H. A R

CAMPINA SEGUROS S/A

Avenida Marechal Floriano Peixoto Nº 4519

Malvinas

Campina Grande/PB

CEP 58.432-809

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: THATIANA PIRES BELLOT
Enviado em: quinta-feira, 9 de fevereiro de 2023 07:24
Para: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Cc: Margarida
Assunto: PROJETO CORREIOS - 08/02/2023

Cris,

Bom dia!

Segue.

DOCUMENTO 08.02
JU392086374BR
JU522984676BR
BR701635843BR
BR701635857BR

Atenciosamente,

Thatiana Bellot

Gerencia de Sinistros

thatiana.bellot@seguradoralider.com.br



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115, 19º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ
CEP 20040-004

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Mônica Silvestre <monica.silvestre@seguradoralider.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 14:34
Para: THATIANA PIRES BELLOT <thatiana.bellot@seguradoralider.com.br>
Cc: Kelly de Souza <kelly.souza@seguradoralider.com.br>; Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>; Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>; Emanuelle Teixeira <emanuelle.teixeira@seguradoralider.com.br>; Felipe Santos <felipe.santos@seguradoralider.com.br>
Assunto: PROJETO CORREIOS - 08/02/2023

Prezados, boa tarde!

Segue, relação dos objetos recepcionados no dia 06/02/2023. Informo, que eles já estão disponíveis na Pasta de Transferência-DIGITALIZAÇÃO PROJETO CORREIOS-COTEC-2022 no dia de hoje (08/02/2023).

DOCUMENTO 08.02

JU392086374BR
JU522984676BR
BR701635843BR
BR701635857BR

Conforme informativo encaminhado no dia 23/01/2023, solicito, informar se os arquivos físicos dos documentos em anexo poderão ser descartados ou arquivados.

Peço, por gentileza, que a resposta seja encaminhada no prazo de 05 (cinco) dias.

Atenciosamente,

Mônica Silvestre

Coordenação de Cadastro de Pagamentos

monica.silvestre@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115 - 19º andar

Centro - Rio de Janeiro – RJ

CEP 20040-004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN
41.019.139/2004

Nº 5276592205
8007

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 1
COD. RENAVAM: 841447500
RUBRICA: *****

NOME/ENDEREÇO:
FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA
R PROJETADA,
P DE GADO BRAVO
59678-000 TIBAU/RN
ZONA RURAL

CPF/CNPJ: 032.641.934-93

PLACA: MXM907B

9C2KCB0105R621226

ESPÉCIE TIPO: PASS/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVEL
MARCA/MODELO: HONDA/CS 150 TITAN KS
CAP/POT/KW: 000CV/0149
CATEGORIA: PARTICULAR

COMBUSTÍVEL: GASOLINA
ANO FAB: 2004
ANO MOD: 2005
COR PREDOMINANTE: AZUL

ALIEEN FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 05.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A

TIBAU/RN
DATA: 25/11/2004

RO OBRIGATORIO DE D...
VEICULOS AUTOMOTORES DE V...
ESTRE DPVAT

Nº 5963050070

BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO:
FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA
R PROJETADA, 8
P DE GADO BRAVO ZONA RURAL
59678-000 TIBAU/RN

CPF/CNPJ: 032.641.934-93

PLACA: MXM907B

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

Nº 5963050070

EXERCÍCIO: 2005
DATA EMISSÃO: 02/08/2005

NOME/ENDEREÇO:
FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA
R PROJETADA, 8
P DE GADO BRAVO ZONA RURAL
59678-000 TIBAU/RN

CPF/CNPJ: 032.641.934-93

PLACA: MXM907B

9C2KCB0105R621226

ESPÉCIE TIPO: PASS/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVEL
MARCA/MODELO: HONDA/CS 150 TITAN KS
CAP/POT/KW: 000CV/0149
CATEGORIA: PARTICULAR

COMBUSTÍVEL: GASOLINA
ANO FAB: 2004
ANO MOD: 2005
COR PREDOMINANTE: AZUL

ALIEEN FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 05.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A

TIBAU/RN
DATA: 25/11/2004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 5963050070

VIA: 1
COD. RENAVAM: 841447500
RUBRICA: *****

NOME/ENDEREÇO:
FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA
R PROJETADA, 8
P DE GADO BRAVO ZONA RURAL
59678-000 TIBAU/RN

CPF/CNPJ: 032.641.934-93

PLACA: MXM907B

9C2KCB0105R621226

ESPÉCIE TIPO: PASS/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVEL
MARCA/MODELO: HONDA/CS 150 TITAN KS
CAP/POT/KW: 000CV/0149
CATEGORIA: PARTICULAR

COMBUSTÍVEL: GASOLINA
ANO FAB: 2004
ANO MOD: 2005
COR PREDOMINANTE: AZUL

ALIEEN FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 05.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A

TIBAU/RN
DATA: 25/11/2004



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **66804 - LEONARDO DA SILVA** (21 a 3 m 6 d)

Nascimento: 05/07/1999

Natural: AREIA BRANCA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708700149213194

CPF: 12486872485

Prof:

Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA

Pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Logradouro: SÍTIO LOGRADORO, 1

CEP: 59668000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: PORTO DO MANGUE

Telefone: 84.33560088

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: PORTO DO MANGUE

Classificação:

11/10/2020 21:08:40

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO MOTO, SEM CAPACETE, ENCONTRA-SE DESACORDADO, EM OXIGENOTERAPIA, COM FERIMENTO EM REGIAO FRONTAL

Dt e Hora:

*Vítima de colisão moto x moto.
Alcoolizado. Eupneico. FC = 55 bpm
SO2 = 94%. FCC em frente.*

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

KRF

SAMF ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662724

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

RS 200ml IV.

Paracetamol/BMF.

*Proc - 042040566
CID - S.27.0*

Emanuel F. Pinheiro

Rommel Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM/RN 6362

21:30 Numa cirurgia

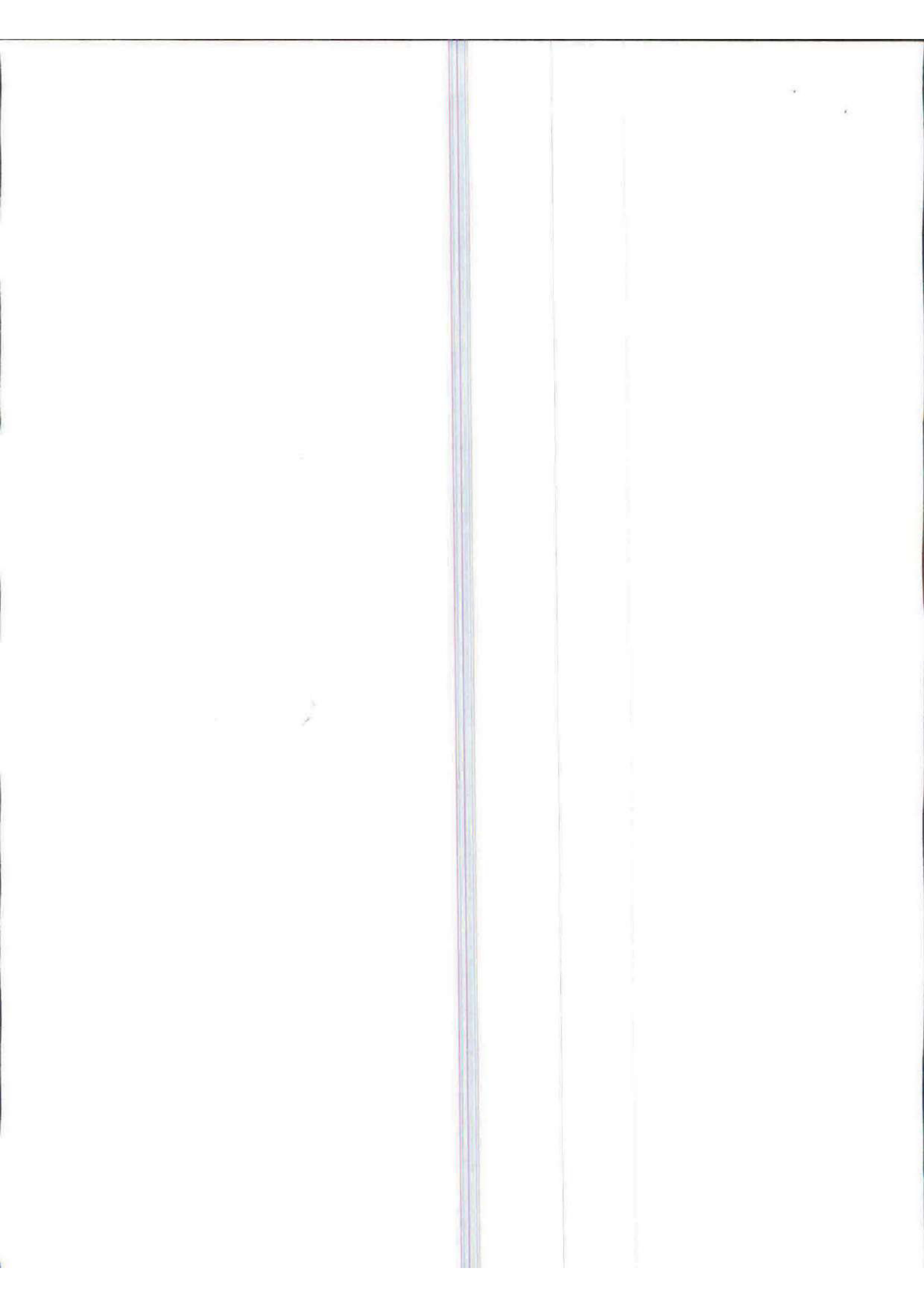
*Paciente vítima de colisão moto x moto, sem capacete, ingesta etílica
Admitido em ECG 4, pupilas midriáticas, lesão costal costura frontal eq.
TC de crânio ASDA FIP eq, com DLM 11mm, cisterna
longo paranasal. Cd: 1. TTT comissuras TEE granular.*

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito (X) Interna: (Preencher CID, PROCC)

CID Proc. *Fractura fechada* Data: *1* /20. Hr: *:* Médico: *Rafael*

Dr. Juliano J...
CRM 7389
Cirurgia

CPA 1/679



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde
Prontuário: 215476

Prontuário: 215476

[Handwritten signature]



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LEONARDO DA SILVA** (Fia: 4776/2020), CPF:12486872485.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

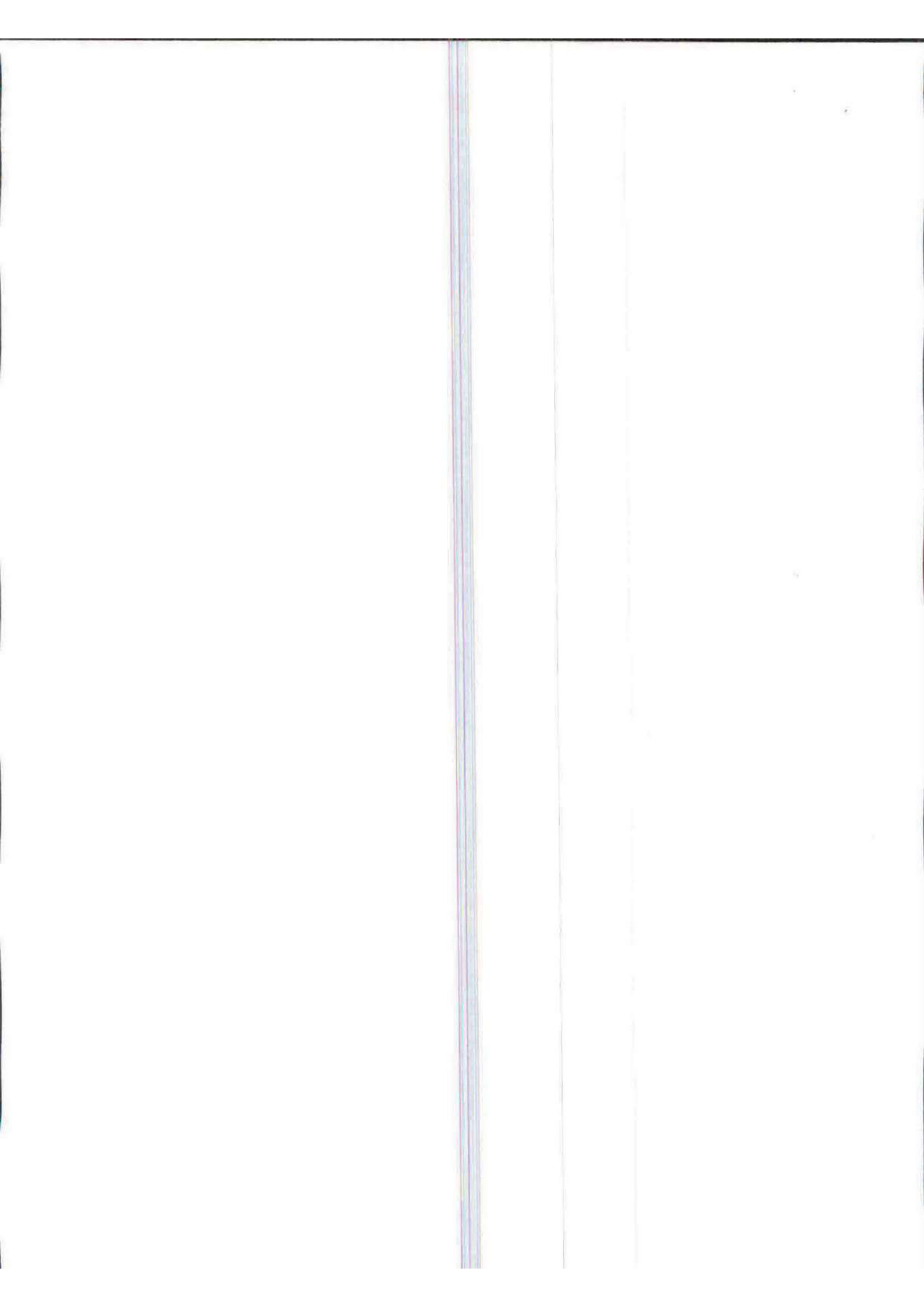
Mossoró/RN, 11 de Outubro de 2020.

Adriana raiane feromimo da silva.
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 22/10/20
Maria Jacquellana Lacerda Soares
Assinatura
Esterilização de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande - UnP

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21
[Signature]
SAMP ARQUIVO
MATRÍCULA 1662724

CCIH - HRTM
DATA 22/10/2020
Assinatura
Assinatura



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LEONARDO DA SILVA (8 - 4776/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

215476

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708700149213194

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/07/1999

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

EDILEUZA JERONIMO ROSA

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

33560088

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LEONARDO DA SILVA

DDD

84

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

33560088

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO LOGRADORO, 1 / - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PORTO DO MANGUE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

241025

18 - UF

RN

19 - CEP

59668000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transf. - vítima de acidente de trânsito - Inconsciente

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Trat. Cirúrgico C12.004 0412040166 / Cirúrgico 0404010318

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. Clínico + Ex. Complementares

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

24 - CID 10

PRINCIPAL

S27.0

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

V84.0

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

(412040166 / 041503043)

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

13045881491

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/10/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Ermance Fernandes

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O PROTOCOLO
SANE. 112.121

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

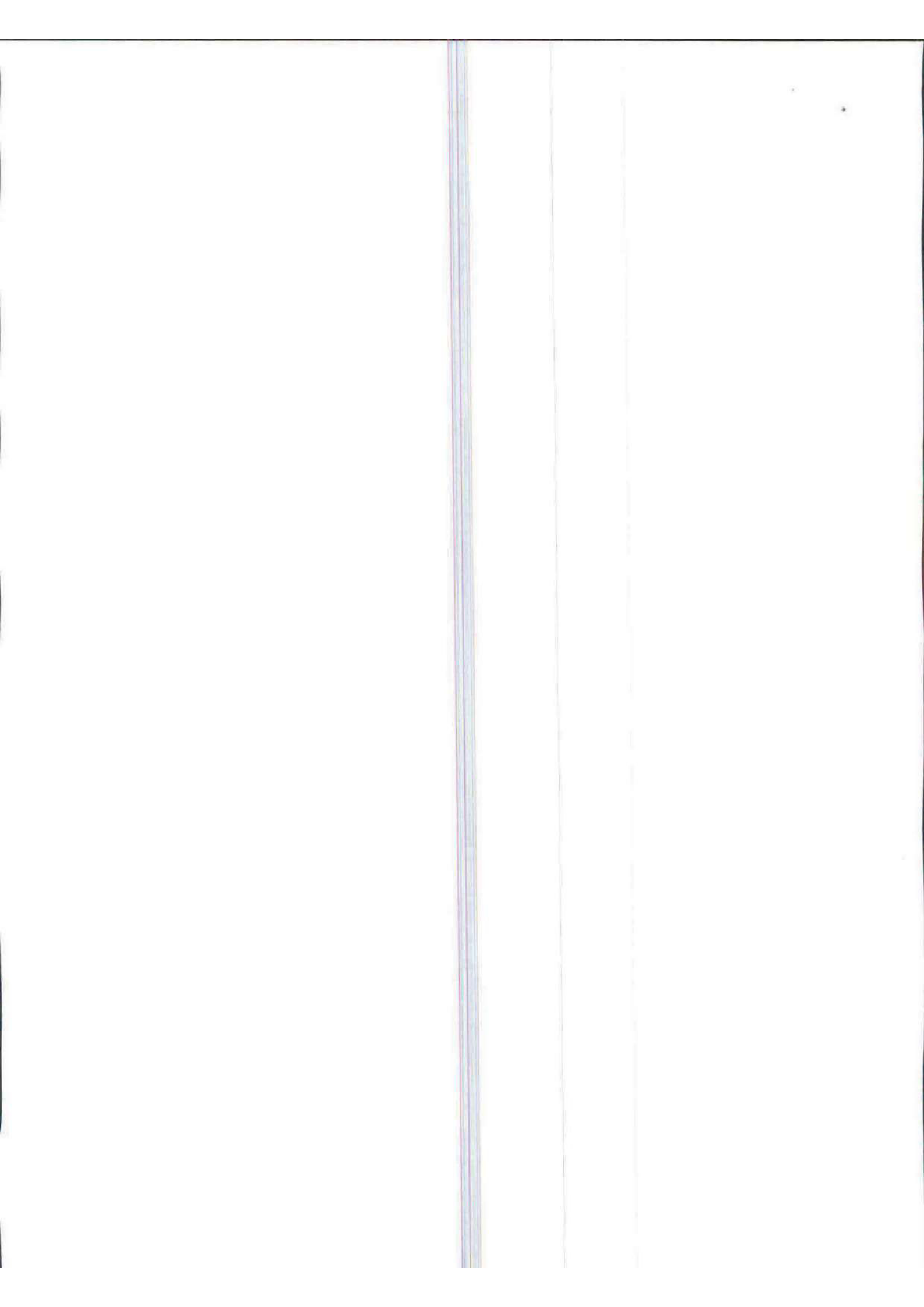
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

11/10/2020
1662724





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LEOPOLDO M SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/07/1999

9 - SEXO

Masc. Fem.

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

EDILENEZIL JORANILDO DOS S

10 - RAÇA/COR

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Lobosouro 01 - Zona Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Povo do Novo

17 - Cód. IBGE Município

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Jovem, 25 anos, sofreu acidente em trânsito, no ciclete, dando entrada no hospital com múltiplos ferimentos e traumas (TCE + Trauma torácico hemorragia facial). Evoluiu com morte encefálica. Sendo submetido a procedimentos de suporte de vida e de órgãos.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de procedimento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica + Exames complementares

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Morte encefálica e politrauma

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

050301014

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ações relacionadas a doação de órgãos

29 - CLÍNICA

QUIRÚRGICAS

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

101936710181-1613

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LINA LACERDA LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/10/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ana

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1/1

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

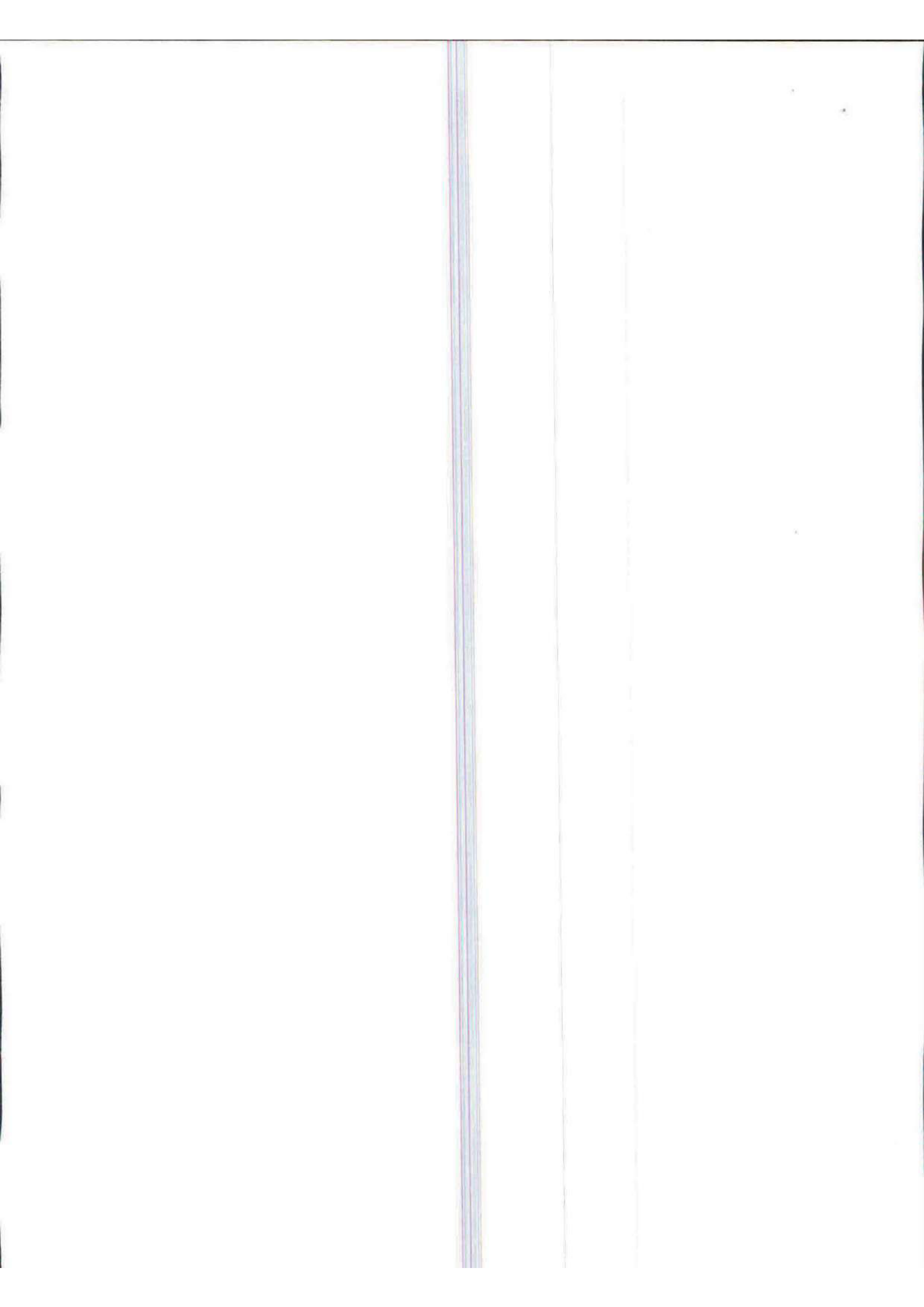
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 8/12/21

KRAI

SAME MOSSORÓ MATRICULADO 16/2724



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4776 /2020

Prontuário: 215476

Paciente: 66804 - LEONARDO DA SILVA

Cartão SUS: 708700149213194

Idade: 21 anos 3 meses 6 dias Sexo: M

CPF: 12486872485

Dt Nasc: 05/07/1999

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA

Nome do pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Rua/Av: SITIO LOGRADORO

Complemento:

Nº: 1

CEP: 59668000

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 84 33560088 84 33560088

Cidade: PORTO DO MANGUE

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: OBS MASCULINA Leito: 1. 45

Responsável: LEONARDO DA SILVA -

Usuário: FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS

Admissão: 11/10/2020 22:08:29

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S27.0 - PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO
412040166 -

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

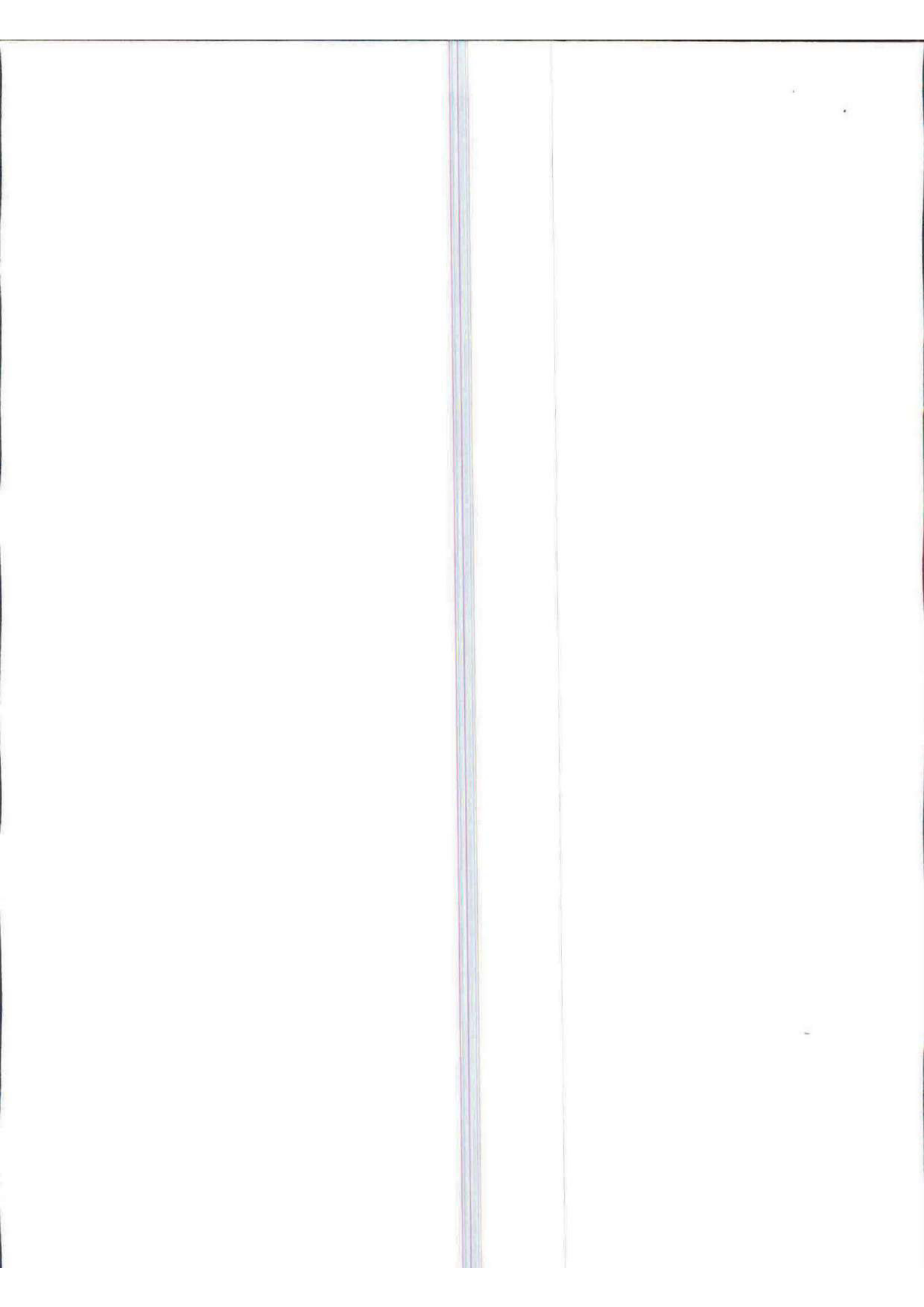
ESTA CONFORME O ORIGINAL

DATA: 11/10/2020

MATRÍCULA: 7662724

MOSSORO, 11 de Outubro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leonardo da Silva Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax MT / Trauma

Indicação terapêutica: toracotomia

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Emmanuel

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
CAME MOSSORÓ 8 / 12 / 21

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Ney

15/11/21

1662724

INTERVENÇÃO

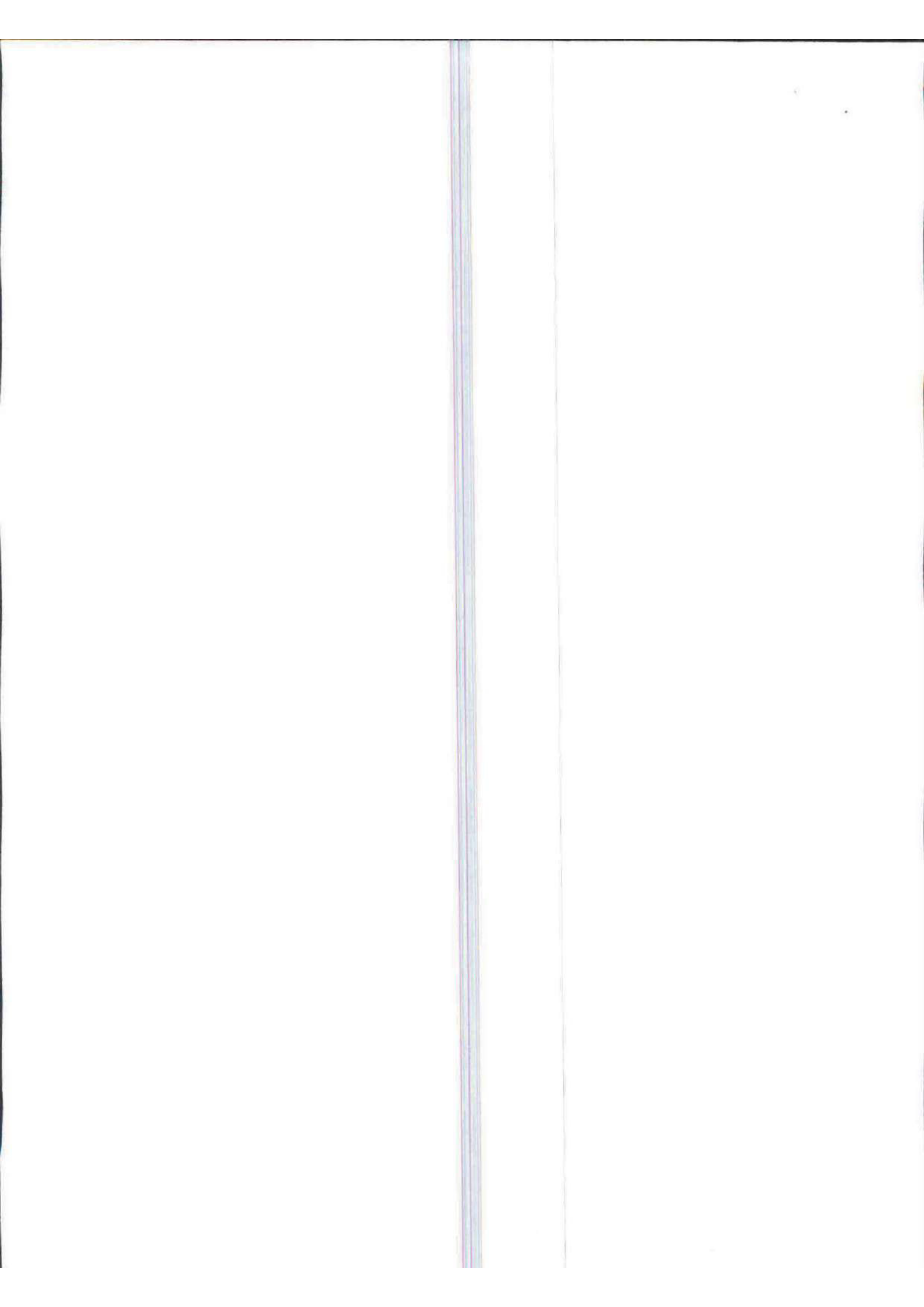
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Aberto com Deutoito Toraxal sob
Anestesia Endovenosa - Deutoito
Toraxal Toraxal Toraxal com
Drenagem Toraxal Fechado
Curativo

Emmanuel A.

Pneumotórax





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome LEONARDO DA SILVA Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: LEWES EXTENSA FALSA, PAVILTA ADIADA

Indicação terapêutica: de funas

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador M. Edson JCS

1ª Auxiliar: M. Adriano

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

Instrumentador: _____

Anestesista: M. Ney

REG. ARQUIVO
MATRÍCULA 1662724

INTERVENÇÃO

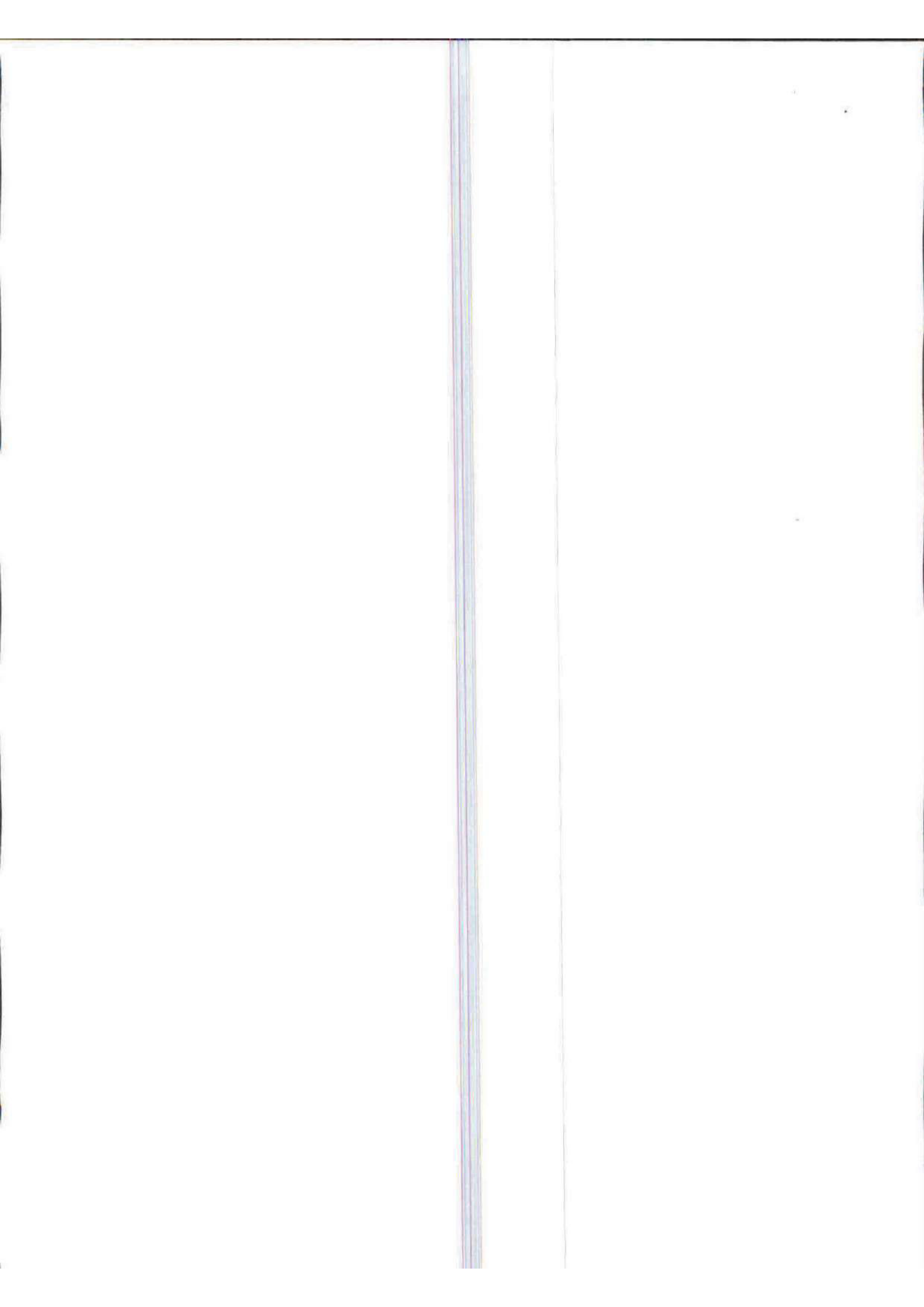
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

- Alunos de worko esternal
- Absorção de mucus
- JN Rigor
- M. Leiden

Edson JCS

Dr. Edson JCS
Cirurgia Buco-maxilo-facial
CRC 21114





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leonardo de Silva Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: TCE + Tumor torácico. Histerectomia

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 09:45 Fim: 10:20h Duração: _____

Operador Dr. Marcos Mendes

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Téc. Juliano

Anestesista: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTI CONFIQUE O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 8/12/21
KAD
SANE ARQUIVO
MATERIAL 1667724

INTERVENÇÃO

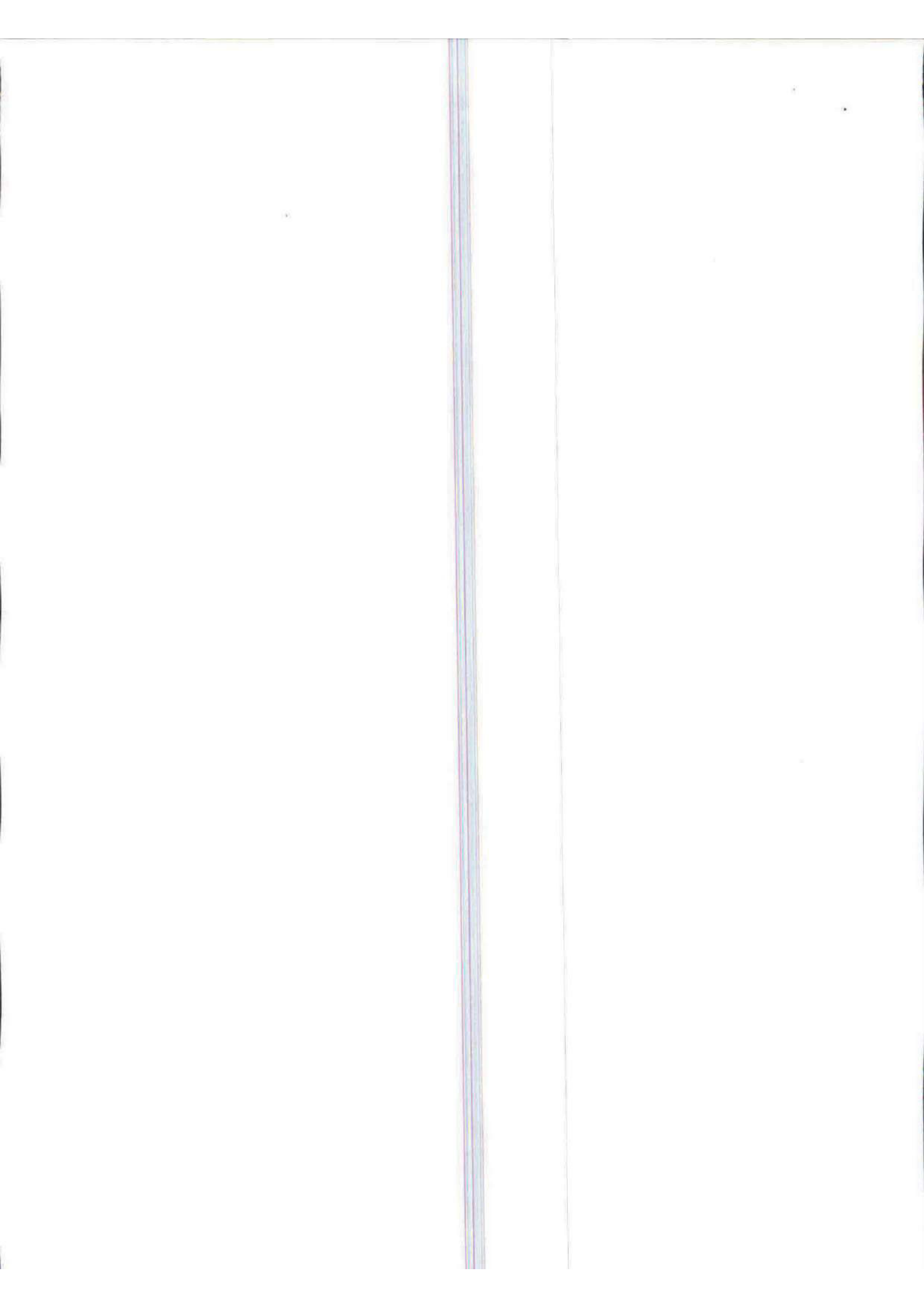
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(X) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Procedimento realizado e autossuprimido, realizado a certa altura venoso central (hb clivado direito), sem intercorrências. Fixado o curativo. Curativo

13
10
2020

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes
Cirurgião Geral / Endoscopia Digestiva
CRM/RN 1877



UTI GERAL LEITO 2

NOME: LEONARDO DA SILVA	IDADE: 21 ANOS
HD: TCE GRAVE NÃO CIRURGICO + SUPOSTA PNM ASPIRATIVA + PROVAVEL ME	
TC DE CRÂNIO: COM HSDA FTP À ESQUERDA COM EFEITO DE MASSA, DESVIO DE LINHA MEDIA DE 11mm	
LEUCO: 13.300 HB: 11,1 PLQ: 93.000 UR 121 CR 5,6	

DATA 17/10/2020 ADMISSÃO: 13/10 IOT: 11/10 SVD:12/10 CVC: 13/10

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº	MEDICAMENTO / PROCEDIMENTO	08	12	15	18	21	06
1.	DIETA POR SNG PARA NEFROPATA 50ML 3/3H COM INTERVALO 00-06H <i>(Suspensão)</i>						
2.	SF 0,45% 2000ML EV PARA 24H	10	22	30	40	21	06
3.	CEFTRIAXONA 1G + 8ML ABD, IV, 12/12HS INICIO 13/10	10	22				
4.	CLINDAMICINA 600MG + 50ML DE SF0,54%, IV, 6/6HS INICIO 13/10	10	16	22	04		
5.							
6.	NORADRENALINA 8MG/4ML, 04AMPOLAS + 234ML DE SF0,45%, IV, EM BIC ACM (FOTOPROTEGER)						
7.	DOBUTAMINA 02 AMPOLAS + SF 0,45% 210ML, IV, EM BIC 5ML/H PARA 24H <i>Atenção</i>						
8.	SOLUCORTEF 100MG EV 8/8H <i>Atenção</i>						
9.	DIPIRONA 500 MG/ML, 01 AMP + 8 ML AD, IV, ATE 4/4 HORAS-SOS <i>SW</i>	10	18	02			
10.	OMEPRAZOL OU PANTOPRAZOL, 40MG - 01 AMP + DILUENTE IV 1X AO DIA <i>SW</i>	06					
11.	BROMOPRIDA 5MG/ML - 04 ML (02 AMP) + 6 ML ABD, EV 8/8H - SOS <i>SW</i>						
12.	HGT 4/4 HORAS	10	14	18	22	02	06
13.	INSULINA R, EV, CONFORME ABAIXO: < 150 OUI 151 - 200 2UI 201 - 250 4UI 251 - 300 6UI 301 - 350 8UI > 351 10UI E COMUNICAR PLANTONISTA < 70 FAZER 40ML GLICOSE 50% EV						
14.	LASIX 1 AMP EV 8/8H	10	18	02			
15.							
16.							
17.	AGUARDO RX TORAX 14/10						
18.	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA						
19.	DECÚBITO ELEVADO 45 GRAUS + VMI						

Dr. Jota Elvina Mesquita
CRM/RN - 8080

Suspensão de dieta até segunda ordem

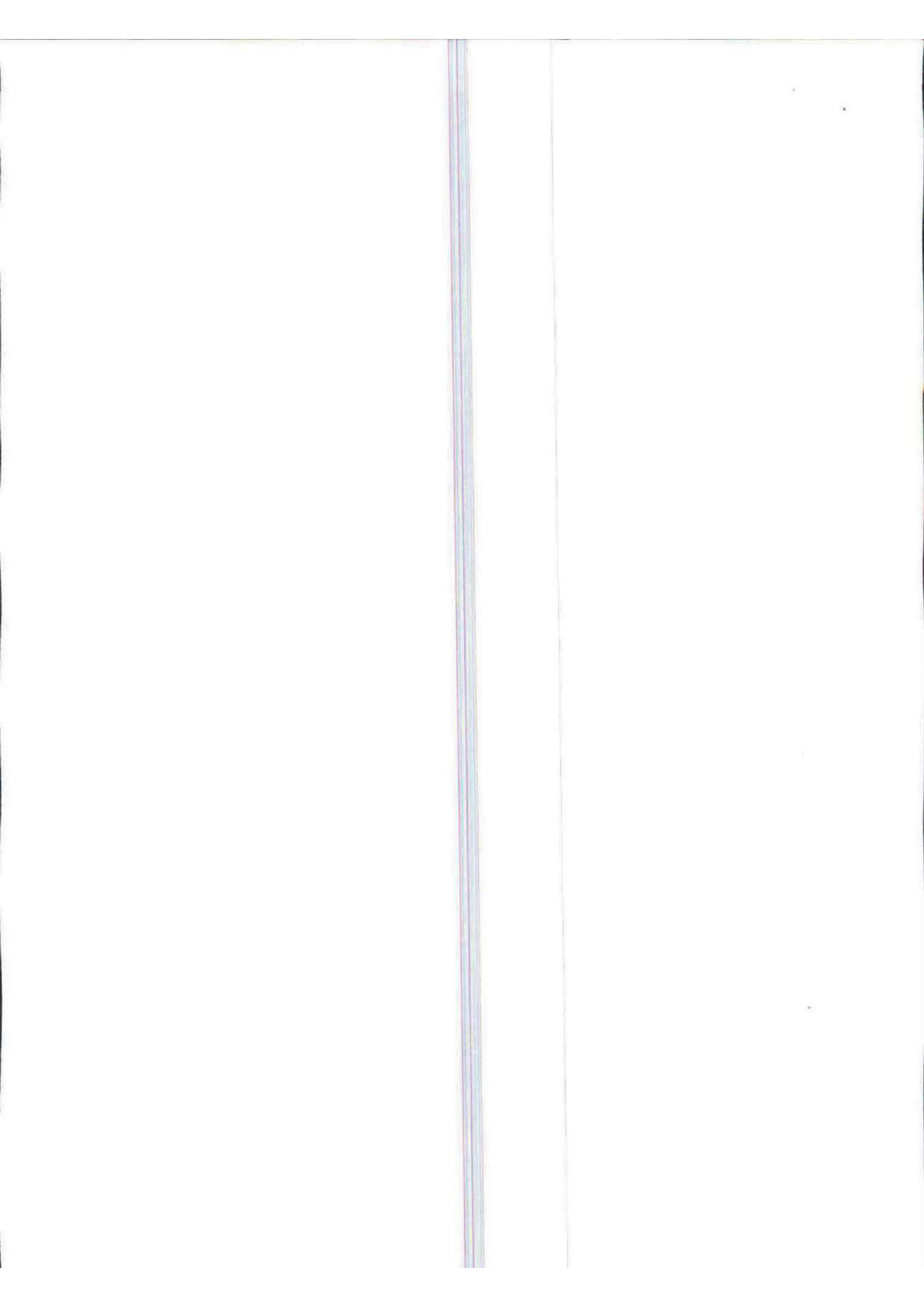
[Assinatura]

CRM 9839.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

[Assinatura]

MATRÍCULA Nº 1662224



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE PUBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

SETOR: UTI GERAL	LEITO: 02	ADMISSÃO: 13/10/2020	DATA: 17/10/2020
NOME: LEONARDO DA SILVA			IDADE: 21 ANOS
DIAGNÓSTICO: 1) TCE GRAVE SEM INDICAÇÃO CIRURGICA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO 2) MORTE ENCEFALICA			
TC DE CRÂNIO: COM HSDA FTP À ESQUERDA COM EFEITO DE MASSA, DESVIO DE LINHA MEDIA DE 11mm			

ANTIMICROBIANOS (INICIO)	CEFTRIAXONA(11/10) + CLINDAMICINA(13/10)
DROGAS VASOATIVAS	NORA(12/10)
SEDAÇÃO	SEM
PROFILAXIAS	OMEPRAZOL
DISPOSITIVOS (DATA)	CVC (VSCD) + SVD (12/10)

PARAMETROS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS:

Δ PAS 158-134
Δ PAD 110-74
Δ FC: 120-102
Δ FR 16
Δ Taxa 36,8-36,2
Δ HGT 206-160
Δ SPO2 100-95

DIURESE (24H): 660 ML
BALANÇO HIDRICO (24H): +1819 ML

ADMISSÃO: ADMITO PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO EM IOT + VM, SEM SEDAÇÃO, EM GLASGOW 3, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NO DIA 11/10 COM QUADRO DE TCE GRAVE SEM CONDUITA NEUROCIRURGICA. COM DRENO DE TORAX ESQUERDO + AVC EM SUBCLAVIA DIREITA. AO EXAME: EG GRAVE, EM IOT, SEM SEDAÇÃO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL. S/EDEMAS DE MMII

EVOLUÇÃO MÉDICA - DIURNO

PACIENTE SEGUE MANTENDO QUADRO CLÍNICO. HEMODINÂMICA ESTÁVEL ÀS CUSTAS DE NOPRDRENALINA. EM VM BEM ADAPTADO AO CICLO VENTILATÓRIO. EM COMA SEM SEDAÇÃO. DIURESE PRESENTE EM POUCA QUANTIDADE, BH DO DIA POSITIVO. AFEBRIL E COM GLICEMIAS CONTROLADAS. SNG ABERTA COM RETORNO DE 60ML DE RESÍDUOS GÁSTRICOS. SEM REGISTRO DE EVACUAÇÕES. PACIENTE EM CUIDADOS PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS.

EXAME FÍSICO:

SSVV: PA: 153/102 FC:113 FR: 16 SAT: 98% GLASGOW: 3 (AO1 RV:1T RM: 1)
 AR: MV +, SIMÉTRICO, S/RA EM VC,
 ACV: RCR, 2T, BULHAS NORMORFONÉTICAS,
 ABD: PLANO, RHA+, SEM VISCEROMEGALIAS, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
 NEURO: PUPILAS MIDRIÁTICAS, SEM RFM.
 ESTREMIIDADES: QUENTES, TEC<3 SEGUNDOS, SEM EDEMAS

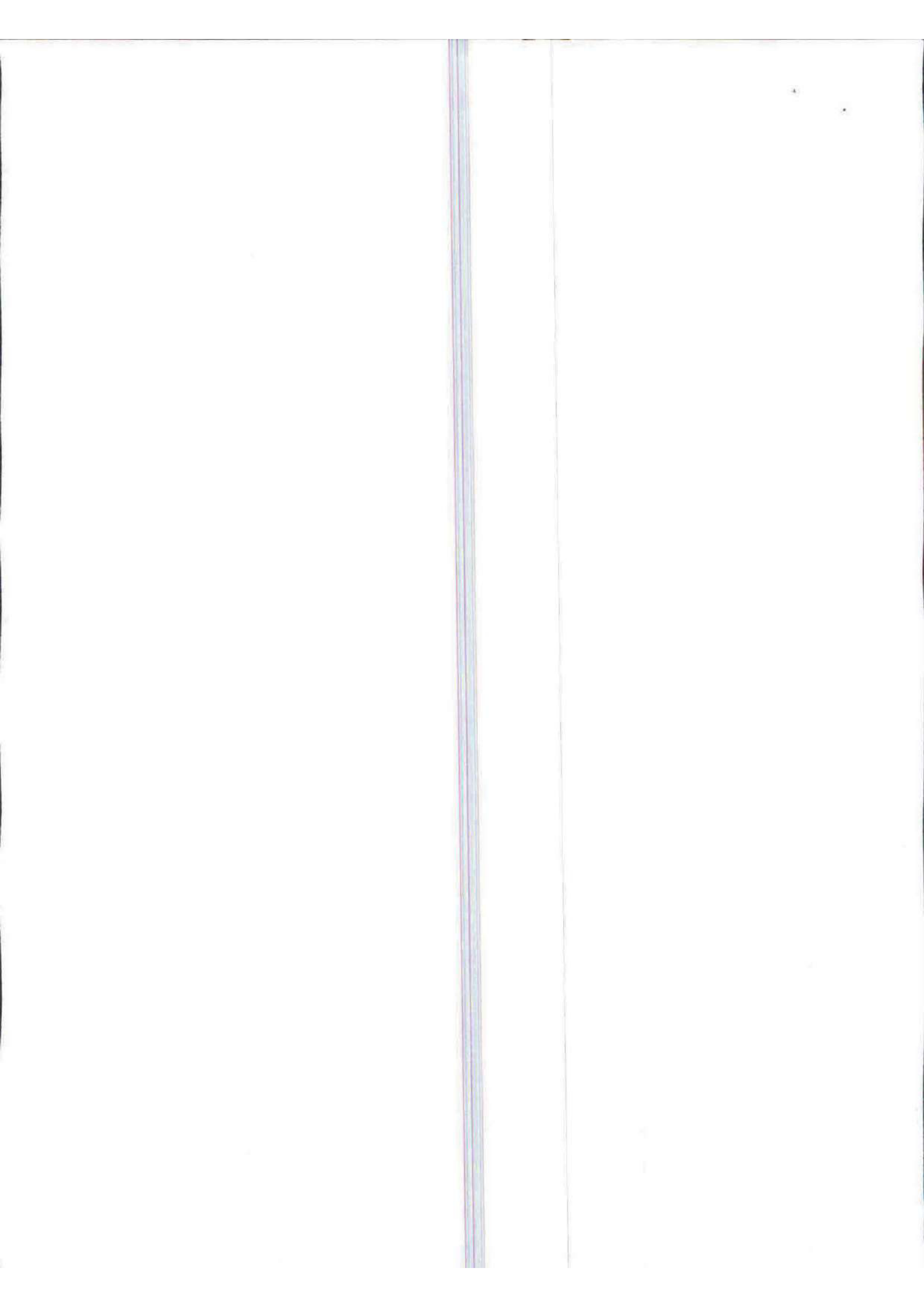
CONDUTA:

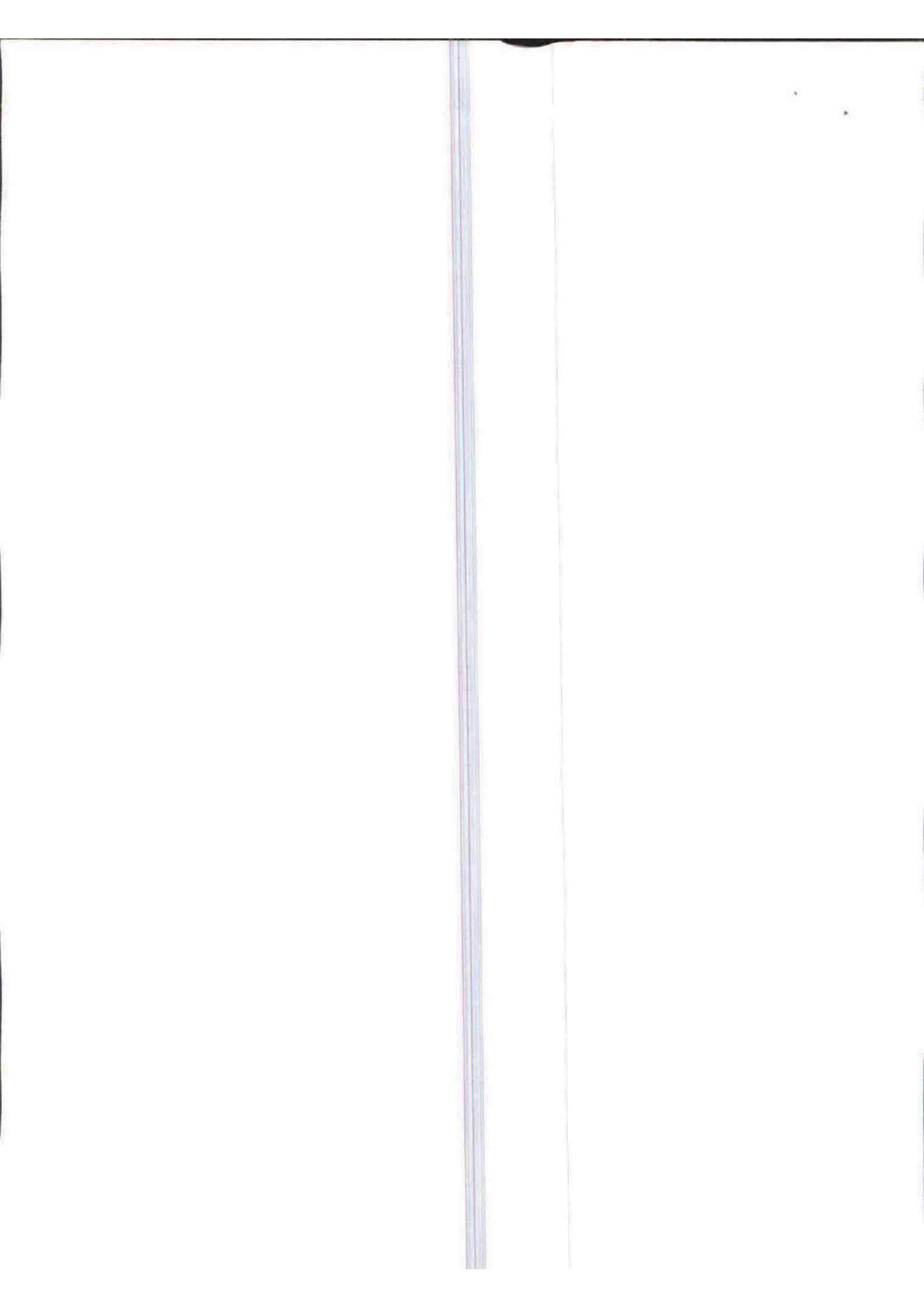
1. CUIDADOS INTENSIVOS
2. AGUARDO LABORATÓRIO
3. AGUARDO CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 8 1121 21

[Handwritten Signature]
 MATRÍCULA 1662724

[Handwritten Signature]
 Danilo Brito
 Médico
 9839 / RN





17/10/20

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07:00 - Recebo paciente em ME, aguardando captação de orgaos, com lesão e curativo exudativo na cabeça, com SNG abta, com AVC em subclávia direita, dreno de tórax, SVD para diurese. Ao exame encontra-se taquicárdico, normotenso, apt supnico, segue monitorizado, entubado em VM, aos cuidados da equipe de plantão. _____ x _____

11:50 - Paciente transportado para o CC para captação de orgaos. _____ x _____ Viviane 1439763

12:00 Recebo o paciente no centro cirurgico, vindo da UTI acompanhado pelo equipe de enfermagem, onde será realizado a cirurgia de captação de orgaos. _____ Garcia

12:27 Início da cirurgia. _____ Garcia

13:19 Complemento. _____ Garcia

13:30: Término da punção. _____ Garcia

14:30 Término da cirurgia. _____ Garcia

15:50 - Pós captação de orgaos. Entubado, orgaos inseridos no tórax. _____ Garcia
59297

KRA

CAMPINA SEGUROS S/A

Avenida Marechal Floriano Peixoto Nº 4519

Malvinas

Campina Grande/PB

CEP 58.432-809

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Rua da Assembleia N° 100

21º andar

Rio de Janeiro/RJ

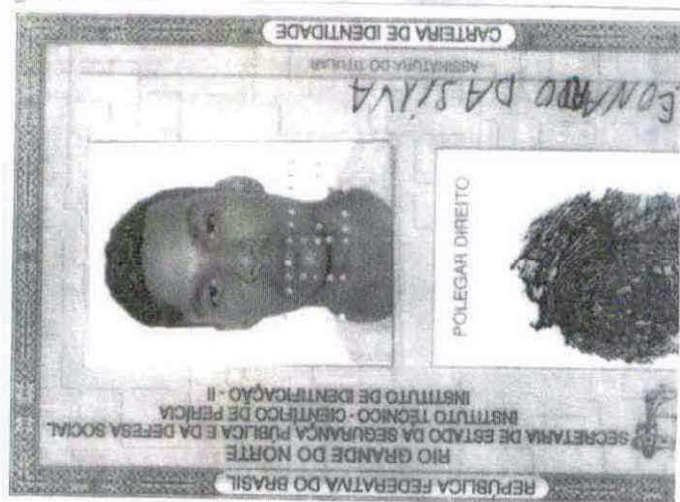
CEP 20.011-904

Correios Recebedor	REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) 0,110	X	AR	MP
	Assinatura	Doc.	BR 70163585 7 BR		



AR

D.H.



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 Manoel, 150, Baixo Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Rec. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

RAFAEL RICARDO DA SILVA

CPF: 709.281.234-50 NIS: 20063710387

CLASSIFICAÇÃO

B1 - RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM NIS
Cov. Município, Município: J

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOS COQUEIROS 01

RIO DOCE/LOGRADOURO
PORTO DO MANGUE RN
58668-000

NUM. DA UNIDADE CONSUMIDORA	TIPO DE UNIDADE CONSUMIDORA	DATA DE CRIAÇÃO
385931201	U.C.A.	02/09/2021

IDENTIFICAÇÃO	Nº DO CLIENTE	DATA DE INSTALAÇÃO
02092201	321447053	30/08/20

NUM. DO CONTRATO	MÊS
7017375865	09/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA FIM DO PERÍODO DE COTAÇÃO
21/09/2021	04/10/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	
183,53	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Tarifa Social - 100% até 30 kWh	23,000000	0,12608936	3,94
Consumo - TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,21859303	15,37
Consumo - TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,000000	0,32937094	39,52
Consumo - TE superior a 220 kWh	74,000000	0,36598871	14,27
Consumo - TE até 30 kWh	30,000000	0,11354198	3,40
Consumo - TE superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,19464342	13,62
Consumo - TE superior a 100 até 220 kWh	120,000000	0,29198513	35,03
Consumo - TE superior a 220 kWh	39,000000	0,32440570	12,65
Acréscimo Bandeira VERMELHA			24,88
Contrib. Lum. Pública Municipal			9,85
ICMS Parcela Subvenção			11,00

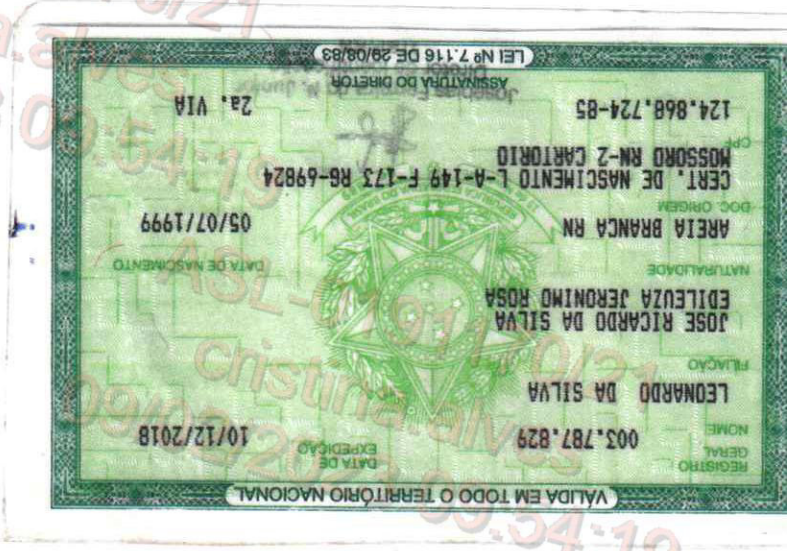
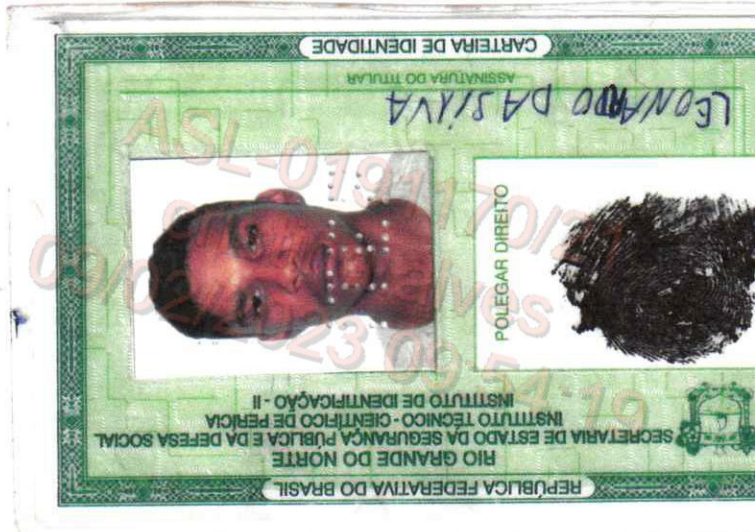
ASL-0191170/21
cristina.alves
09/02/2023 09:54:19

ASL-0191170/21
cristina.alves
09/02/2023 09:54:19

ASL-0191170/21
cristina.alves
09/02/2023 09:54:19

ASL-0191170/21
cristina.alves
09/02/2023 09:54:19

ASL-0191170/21
cristina.alves
09/02/2023 09:54:19



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 Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
RAFAEL RICARDO DA SILVA
CPF 705 281 234-00 NIS 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOS COQUEIROS 01
RIO DOCE/LOGRADOURO
PORTO DO MANGUE RN
59668-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Conv. Monofásica - Monofásico

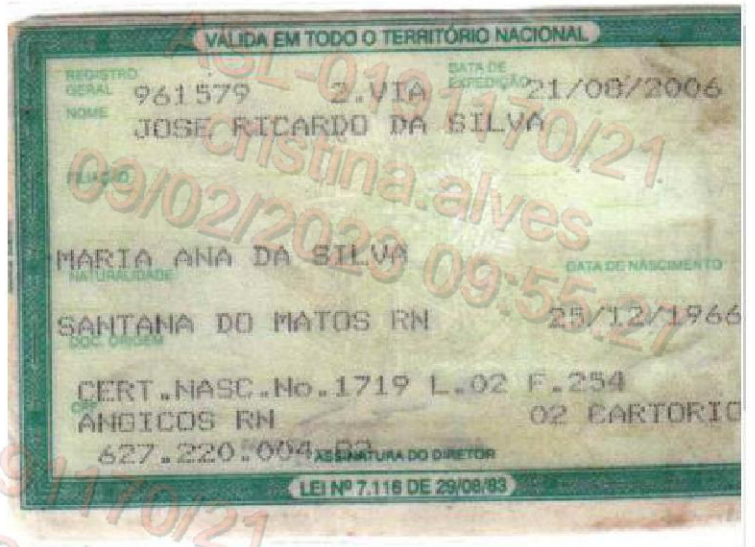
CONTA CONTRATO 7017375665 **MÊS/ANO** 09/2021

DATA DE VENCIMENTO 21/09/2021 **DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA** 04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$) 183,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00000000	0,12609936	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,21959063	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,32837004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39,00000000	0,36596671	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	30,00000000	0,11354188	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,19464342	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,29198513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39,00000000	0,32440570	12,65
Acréscimo Bandeira VERMELHA			24,89
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,85
ICMS-Parcela Subvencionada			11,00

TOTAL DA FATURA 183,53



ASL-0191170/21
Cristina.alves
09/02/2023 09:55:27

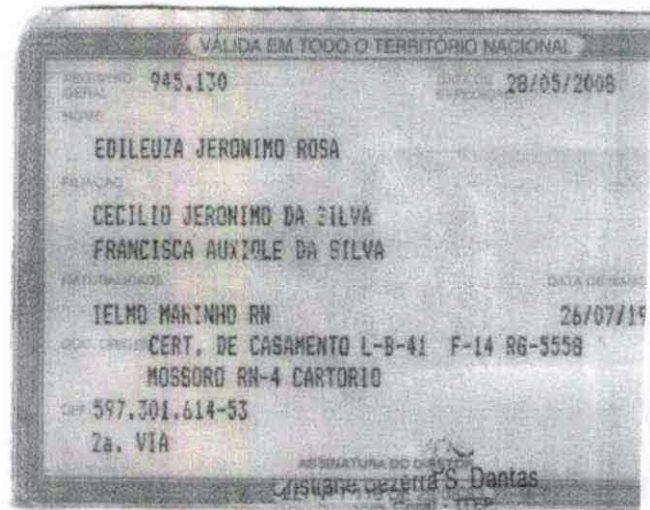
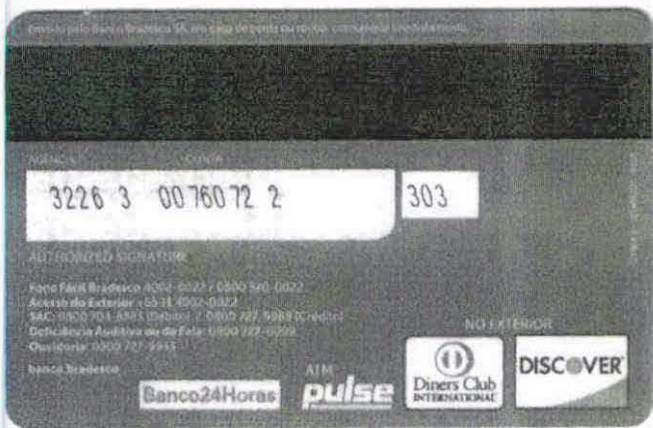
ASL-0191170/21
Cristina.alves
09/02/2023 09:55:27

ASL-0191170/21
Cristina.alves
09/02/2023 09:55:27

ASL-0191170/21
Cristina.alves
09/02/2023 09:55:27

ASL-0191170/21
Cristina.alves
09/02/2023 09:55:27

ASL-0191170/21
Cristina.alves
09/02/2023 09:55:27



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00/NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO DO COQUEADOR
 PORTO DO MANGUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Nacional - Mundial, 0

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
08/03/2021	02/09/2021	
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	
21/09/2021	04/10/2021	
TOTAL A PAGAR (R\$)		183,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12508935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,21590000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,32937004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 000000	0,36598677	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,19454147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do B.			9,85
ICMS-Parcela 6 subentributa			11,00

TOTAL DA FATURA: 183,53



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do convite ou ASL: 124.868.724.85 3 - CPF da vítima: 124.868.724.85 4 - Nome completo da vítima: Leonardo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2023

5 - Nome completo: José Ricardo da Silva 6 - CPF: 627.220.004-02
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua dos Coqueiros 9 - Município: D1
10 - Complemento: 11 - Bairro: Rio doce 12 - Cidade: Porto do Mangue 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.668-000
15 - E-mail: seguroscampina@gmail.com 16 - Telefone: (84) 99972 5645

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU 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 R\$1.000,00 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 OU TUTOR)
 CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU Pagamentos S/A
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 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 do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a 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 declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: 15/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: genitor 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos: Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascer ou nasceu? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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, desde já, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

11/10/2020, 20 de Janeiro de 2023

11:17 AM



José

Agência 0001 • Conta 25145925-1
Banco 0260 • Nu Pagamentos S.A. - Instituição
de Pagamento

Seguro de Vida >

Notificações >

Me ajuda >

Editar dados do Perfil >

Segurança >

Open Finance >

Configurar chaves Pix >



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:

124.868-724-85

4 - Nome completo da vítima:

Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo:

José Ricardo da Silva

6 - CPF:

624.220.004-82

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Rua dos Coqueiros

9 - Número:

01

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Rio Doce

12 - Cidade:

Porto dos Mangue

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

15 - E-mail:

assuseguros@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(84) 99600-9440

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: Nubank (0260)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

15/10/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Pai

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assis, 20 de Dezembro de 2023

José Ricardo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Resposta (se) (se) de cobertura: DANO (PREÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2. Nº do sinistro ou ASL: _____ 3. CPF da vítima: **124.868.72489** 4. Nome completo da vítima: **Leonardo da Silva**

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

5. Nome completo: **Edileusa Jerônimo Rosa** 6. CPF: **597.301.614-53**

7. Profissão: **Agricultora** 8. Endereço: **Rua dos Coqueiros** 9. Número: **01** 10. Complemento: _____

11. Cidade: **Rio Doce** 12. Cidade de: **Porto da Mangue** 13. Estado: _____ 14. CEP: **59.668-000**

15. E-mail: **segurosacampina@gmail.com** 16. Tel. (DDD): **(84) 999725645**

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE 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 OU TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (em nome próprio ou de terceiros, conforme o caso) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) **Bradesco**

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **3206 3** CONTA: **76.072 2**

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.

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 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 do Seguro DPVAT.

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

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

MORTE

23. Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24. Data do óbito da vítima: **15/10/2020**

25. Grau de Parentesco com a vítima: **genitora** 26. Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28. Vítima teve filhos? Não 29. Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30. Vítima deixou nascituro(s) (nascituro)? 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente de que a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34. Nome legal de quem assina o pedido (a rogo): _____

35. CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): _____

36. Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

37. Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

38. Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

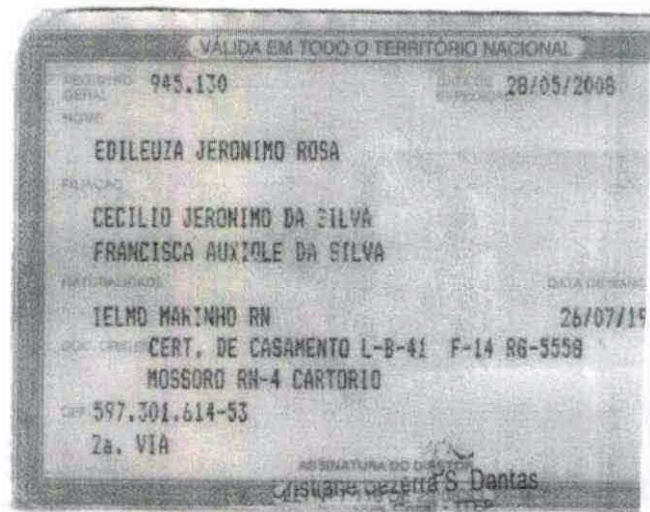
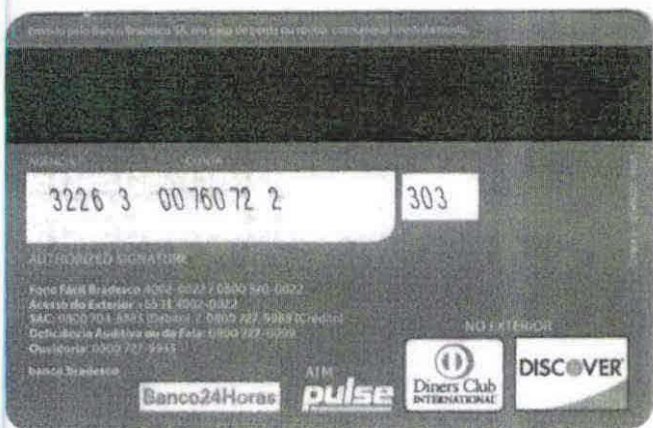
39. Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40. Local e Data: **Mossoro, 26 de Janeiro de 2023**

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Edileusa Jerônimo Rosa**

42. Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43. Assinatura do Procurador (se houver): _____



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00 | NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO COCEALDO-RAIOZUORO
 PORTO DO MANSUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Normativa: Mundial, 0

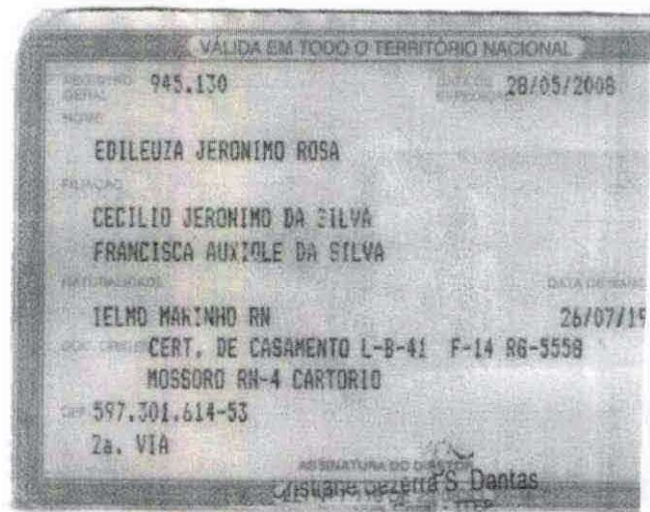
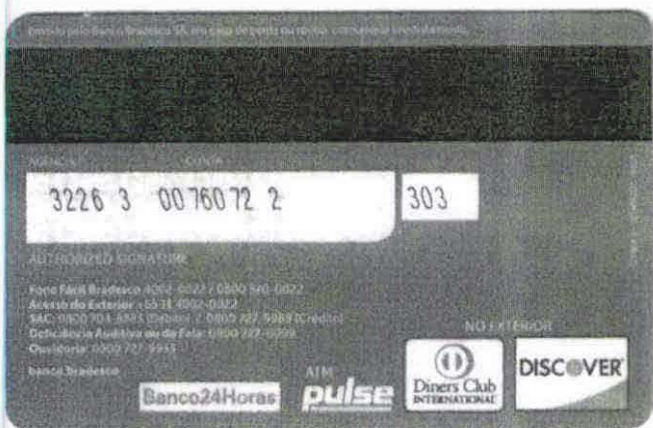
CONTADOR PRECEDENTE	CONTADOR	PERÍODO
00593126	01054	02/09/2021

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
21/09/2021	04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$): **183,53**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12502935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,21590000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,32937034	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 000000	0,36598677	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,14454147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do B. B.			9,85
ICMS-Parcela 6 subentendida			11,00

TOTAL DA FATURA: **183,53**



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00/NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO DO COQUEIRO
 PORTO DO MANGUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Nacional - Mundial, 0

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR TOTAL
08/03/2021	02/09/2021	183,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12508935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0,21590000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 0000000	0,32937004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 0000000	0,35986777	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 0000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0,14484147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 0000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 0000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do B.			9,85
ICMS-Parcela 6 subentendida			11,00
TOTAL DA FATURA			183,53

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:

124.868-724-85

4 - Nome completo da vítima:

Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo:

José Ricardo da Silva

6 - CPF:

624.220.004-82

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Rua dos Coqueiros

9 - Número:

03

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Rio Doce

12 - Cidade:

Porto dos Mangue

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

15 - E-mail:

assuseguros@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(84) 99600-9440

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: Nubank (0260)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

25145925

1

(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:

15/10/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Pai

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assu, 20 de Dezembro de 2023

José Ricardo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Resposta (se) (se) de cobertura: DANO (PREÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2. Nº do sinistro ou ASL: _____ 3. CPF da vítima: **124.868.72489** 4. Nome completo da vítima: **Leonardo da Silva**

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

5. Nome completo: **Edileusa Jerônimo Rosa** 6. CPF: **597.301.614-53**

7. Profissão: **Agricultora** 8. Endereço: **Rua dos Coqueiros** 9. Número: **01** 10. Complemento: _____

11. Cidade: **Rio Doce** 12. Cidade de: **Porto da Mangue** 13. Estado: _____ 14. CEP: **59.668-000**

15. E-mail: **segurosacampina@gmail.com** 16. Tel. (DDD): **(84) 999725645**

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE 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 OU TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (em nome próprio ou de terceiros, conforme o caso) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) **Bradesco**

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **3206 3** CONTA: **76.072 2**

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.

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 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 do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24. Data do óbito da vítima: **15/10/2020**

25. Grau de Parentesco com a vítima: **genitora** 26. Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28. Vítima teve filhos? Não 29. Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30. Vítima deixou nascituro(s) (nascituro)? 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente de que a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34. Nome legal de quem assina o pedido (a rogo): _____

35. CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): _____

36. Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

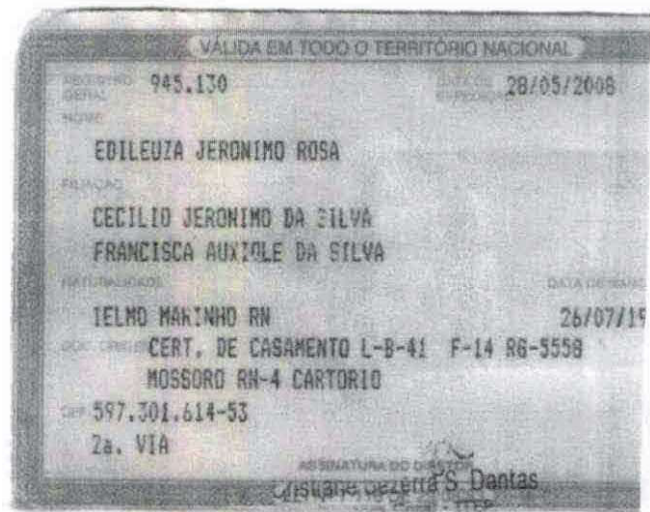
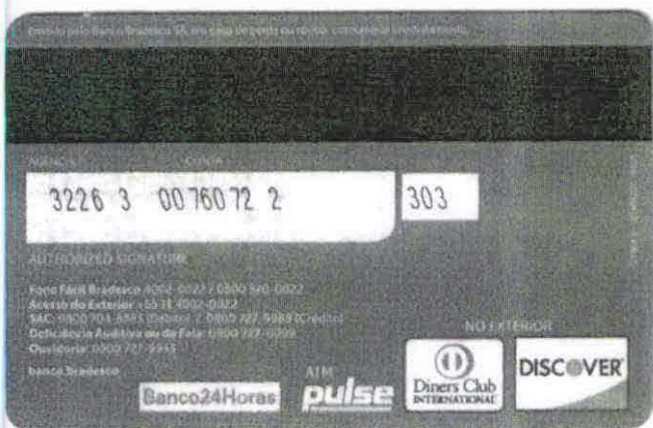
37. Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____

38. Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39. Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40. Local e Data: **Mossoro, 26 de Janeiro de 2023**

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Edileusa Jerônimo Rosa** 42. Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43. Assinatura do Procurador (se houver): _____



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00/NIS: 20063710387

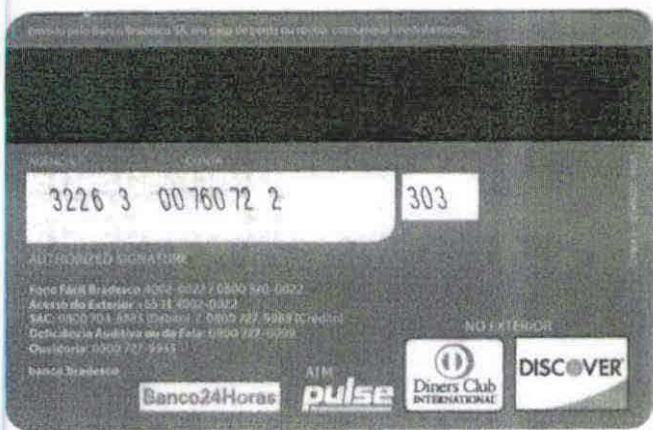
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO DO COQUEIRO
 PORTO DO MANGUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Nacional - Mundial, 0

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR TOTAL
08/03/2021	02/09/2021	183,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12508935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0,21598000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 0000000	0,32937034	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 0000000	0,45986777	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 0000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0,14454147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 0000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 0000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do Sta.			9,85
ICMS-Parcela 6 subentendida			11,00

TOTAL DA FATURA: 183,53



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00/NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO DO COQUEIRO
 PORTO DO MANGUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Nacional - Mundial, 0

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
08/03/2021	02/09/2021	183,53

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
02/09/2021	30/11/2021	500,000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12508935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0,21590000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 0000000	0,32937004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 0000000	0,36598677	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 0000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0,19454147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 0000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 0000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do RN			9,85
ICMS-Parcela 6 subentributa			11,00

TOTAL DA FATURA: 183,53

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA CRIADA PELA LEI 10.438/02

CLASSIFICAÇÃO: E1 BAIXA RENDA COM NIS	TIPO DE FORNECIMENTO: Conv. Monofâmia - Monofásico
--	---

NOME DO CLIENTE:
RAFAEL RICARDO DA SILVA

CPF 706 281 234-00 NIS 20063710387

ENDEREÇO:
RUA DOS COQUEIROS 01

RIO DOCE/LOGRADOURO
59568-000 - PORTO DO MANGUE RN

CODIGO DA INSTALAÇÃO
0003003806

CODIGO DO CLIENTE
7017375665

REF: MES / ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
01/2023	198,86	23/01/2023



Nota fiscal nº 091219587 SERIE ÚNICA 000 DATA DE EMISSÃO: 02/01/2023
Consulte pela chave de acesso em
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/Nf3e/consulta>

Chave de acesso
2423 0108 3241 9600 0181 6600 0091 2195 8720 0820 8270
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA Pendente de autorização

Cadastre-se e receba a sua fatura por e-mail utilizando o qr code no verso da fatura

DATAS DE LEITURAS	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	02/12/2022	02/01/2023	31	02/02/2023

ITENS DE FATURA	UNID.	QUANT.	PREÇO UNIT. COM TRIB. (R\$)	VALOR (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	BASE CÁLC. ICMS (R\$)	ALÍQUOTA ICMS (%)	ICMS (R\$)	TARIFA UNIT. (R\$)
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30,00	0,14638568	4,38	0,17	4,38	18,00	0,78	0,11344200
Consumo-TUSD 30_100	KWH	70,00	0,24824858	17,44	0,68	17,44	18,00	3,13	0,19447200
Consumo-TUSD 100_220	KWH	120,00	0,37387437	44,88	1,35	44,88	18,00	8,10	0,29170800
Consumo-TUSD 0_220	KWH	61,00	0,41541688	25,34	1,00	25,34	18,00	4,56	0,32412000
Consumo-TE 0_30	KWH	30,00	0,12684470	3,78	0,14	3,78	18,00	0,68	0,09881200
Consumo-TE 30_100	KWH	70,00	0,21710521	15,18	0,59	15,18	18,00	2,73	0,16939200
Consumo-TE 100_220	KWH	120,00	0,32586781	38,07	1,54	38,07	18,00	7,03	0,25408800
Consumo-TE 0_220	KWH	61,00	0,36184202	22,07	0,88	22,07	18,00	3,97	0,28232000
Urn Fub Municipal				10,74					
CMS-Parc Subvencio				11,82					
Multa-NF 088008234				2,88					
Juros-NF 088008234				0,75					
PCA-NF-088008234				0,47					
TOTAL DA FATURA				198,86					

HISTÓRICO DE CONSUMO		TRIBUTO	BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$)
CONSUMO FATURADO		PIS	141,13	0,87	1,22
Mês/Ano	kWh Dias Fat	COFINS	141,13	3,98	5,61

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA CRIADA PELA LEI 10.438/02

CLASSIFICAÇÃO: E1 BAIXA RENDA COM NIS	TIPO DE FORNECIMENTO: Conv. Monofâmia - Monofásica
--	---

NOME DO CLIENTE:
RAFAEL RICARDO DA SILVA

CPF 706 281 234-00 NIS 20063710387

ENDEREÇO:
RUA DOS COQUEIROS 01

RIO DOCE/LOGRADOURO
59668-000 - PORTO DO MANGUE RN

CODIGO DA INSTALAÇÃO
0003003806

CODIGO DO CLIENTE
7017375665

REF: MES / ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
01/2023	198,86	23/01/2023



Nota fiscal nº 091219587 SERIE ÚNICA 000 DATA DE EMISSÃO: 02/01/2023
Consulte pela chave de acesso em
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/Nf3e/consulta>

Chave de acesso
2423 0108 3241 9600 0181 6600 0091 2195 8720 0820 8270
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA Pendente de autorização

Cadastre-se e receba a sua fatura por e-mail utilizando o qr code no verso da fatura

DATAS DE LEITURAS	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	02/12/2022	02/01/2023	31	02/02/2023

ITENS DE FATURA	UNID.	QUANT.	PREÇO UNIT. COM TRIB. (R\$)	VALOR (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	BASE CÁLC. ICMS (R\$)	ALÍQUOTA ICMS (%)	ICMS (R\$)	TARIFA UNIT. (R\$)
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30,00	0,14638568	4,38	0,17	4,38	18,00	0,78	0,11344200
Consumo-TUSD 30_100	KWH	70,00	0,24824858	17,44	0,68	17,44	18,00	3,13	0,19447200
Consumo-TUSD 100_220	KWH	120,00	0,37387437	44,88	1,35	44,88	18,00	8,10	0,29170800
Consumo-TUSD 0_220	KWH	61,00	0,41641688	25,34	1,00	25,34	18,00	4,56	0,32412000
Consumo-TE 0_30	KWH	30,00	0,12684470	3,78	0,14	3,78	18,00	0,68	0,09881200
Consumo-TE 30_100	KWH	70,00	0,21710521	16,19	0,59	16,19	18,00	2,73	0,16939200
Consumo-TE 100_220	KWH	120,00	0,32685781	39,07	1,54	39,07	18,00	7,03	0,25408800
Consumo-TE 0_220	KWH	61,00	0,36184202	22,07	0,88	22,07	18,00	3,97	0,28232000
Imp. Pub Municipal				10,74					
CMS-Parc Subvencio				11,92					
Multa-NF 088008234				2,88					
Juros-NF 088008234				0,75					
PCA-NF-088008234				0,47					
TOTAL DA FATURA				198,86					

HISTÓRICO DE CONSUMO

CONSUMO FATURADO

Mês/Ano kwh Dias Fat

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$)
PIS	141,13	0,87	1,22
COFINS	141,13	3,98	5,61

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA CRIADA PELA LEI 10.438/02

CLASSIFICAÇÃO: E1 BAIXA RENDA COM NIS	TIPO DE FORNECIMENTO: Conv. Monofâmia - Monofásica
--	---

NOME DO CLIENTE:
RAFAEL RICARDO DA SILVA

CODIGO DA INSTALAÇÃO
0003003806

CPF 706 281 234-00 NIS 20063710387

CODIGO DO CLIENTE
7017375665

ENDEREÇO:
RUA DOS COQUEIROS 01
RIO DOCE/LOGRADOURO
59668-000 - PORTO DO MANGUE RN

REF: MES / ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
01/2023	198,86	23/01/2023



Nota fiscal nº 091219587 SERIE ÚNICA 000 DATA DE EMISSÃO: 02/01/2023
Consulte pela chave de acesso em
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/Nf3e/consulta>

Chave de acesso
2423 0108 3241 9600 0181 6600 0091 2195 8720 0820 8270
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA Pendente de autorização

Cadastre-se e receba a sua fatura por e-mail utilizando o qr code no verso da fatura

DATAS DE LEITURAS	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	02/12/2022	02/01/2023	31	02/02/2023

ITENS DE FATURA	UNID.	QUANT.	PREÇO UNIT. COM TRIB. (R\$)	VALOR (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	BASE CÁLC. ICMS (R\$)	ALÍQUOTA ICMS (%)	ICMS (R\$)	TARIFA UNIT. (R\$)
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30,00	0,14638568	4,38	0,17	4,38	18,00	0,78	0,11344200
Consumo-TUSD 30_100	KWH	70,00	0,24824858	17,44	0,68	17,44	18,00	3,13	0,19447200
Consumo-TUSD 100_220	KWH	120,00	0,37387437	44,88	1,35	44,88	18,00	8,10	0,29170800
Consumo-TUSD 0_220	KWH	61,00	0,41641688	25,34	1,00	25,34	18,00	4,56	0,32412000
Consumo-TE 0_30	KWH	30,00	0,12684470	3,78	0,14	3,78	18,00	0,68	0,09881200
Consumo-TE 30_100	KWH	70,00	0,21710521	16,19	0,59	16,19	18,00	2,73	0,16939200
Consumo-TE 100_220	KWH	120,00	0,32685781	39,07	1,54	39,07	18,00	7,03	0,25408800
Consumo-TE 0_220	KWH	61,00	0,36184202	22,07	0,88	22,07	18,00	3,97	0,28232000
Imp. Pub Municipal				10,74					
CMS-Parc Subvencio				11,92					
Multa-NF 088008234				2,88					
Juros-NF 088008234				0,75					
PCA-NF-088008234				0,47					
TOTAL DA FATURA				198,86					

HISTÓRICO DE CONSUMO		TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$)
CONSUMO FATURADO		PIS	141,13	0,87	1,22
Mês/Ano	kWh	COFINS	141,13	3,98	5,61
	Dias Fat				



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 66804 - LEONARDO DA SILVA (21 a 3 m 6 d)

Nascimento: 05/07/1999

Natural: AREIA BRANCA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708700149213194

CPF: 12486872485

Prof:

Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA

Pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Logradouro: SÍTIO LOGRADORO, 1

CEP: 59668000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: PORTO DO MANGUE

Telefone: 84.33560088

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: PORTO DO MANGUE

Classificação:

11/10/2020 21:08:40

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO MOTO, SEM CAPACETE, ENCONTRA-SE DESACORDADO, EM OXIGENOTERAPIA, COM FERIMENTO EM REGIAO FRONTAL

Dt e Hora:

Vítima de colisão moto x moto.
 Alcoolizado. Exame físico. FC = 55 bpm
 SO₂ = 94%. FCC em frente.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 8/12/21

KRA

SAMF ARQUIVO
 MATRICULA Nº 1662724

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

R5 200ml IV.

Parecer NCR/BMF.

Proc - 042040566
 CID - S.27.0

Exame físico F. Pichêiro

Rommel Vieira
 Cirurgia de Cabeça e Pescoço
 Cirurgia Geral
 CRM/RN 6362

21:30 Numa cirurgia

Paciente vítima de colisão moto x moto, sem capacete, ingesta de álcool

Admitido em ECG 4, pupilas midriáticas, lesão corte contusa frontal e.g.

TC de crânio ASDA FIP e.g., com DLM 11mm, cisterna lateral opacada. Ed. l. III com fratura TCE granular.

*SAIDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

:

:

Médico:

Dr. Juliano
 CRM 7389
 Cirurgia

CPA-1679



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME
LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.668.724-65

MATRÍCULA: 131011 01 55 2020 4 00002 164 0000334 13

SEXO: MASCULINO | ESTADO CIVIL: SOLTEIRO 21 ANOS

RESIDÊNCIA: AREIA BRANCA/RN | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: 003 787 629 ITEP/RN | ELEITOR: SIM

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA: JOSÉ RICARDO DA SILVA, natural de residente nato) EDILEUZA JERONIMO ROSA, natural de TELMO MARINHO residente nato) RIO DOCE, PORTO DO MANGUE/RN

DATA DO ÓBITO: Quinta 15 de Outubro de 2020 AS 12:27 | DIA: 15 | MÊS: 10 | ANO: 2020

LOCAL DO ÓBITO: HOSPITAL TARCÍSIO MAIA

CAUSA DA MORTE: HEMATOMA SUBDURAL, TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO, AÇÃO CONTUNDENTE

LOCAL DE ENTERRAMENTO: CEMITÉRIO PÚBLICO DE PORTO DO MANGUE/RN | DECLARANTE: ANDREA JERONIMO ROSA - RG 002 710 579 ITEP - RN

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATENDEU O DOENTE: Dr(a) GIOVANI DOS ANJOS CERSOSIMO - 6695

AVULSÕES, ANOTAÇÕES E ACRESCER: Era eleitor, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento, não deixou filhos

ANEXOS AO REGISTRO

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	DATA DE EMISSÃO	ORGÃO EMISSOR	DATA DE VALIDADE
CPF	124.668.724-65	10/2/2003	RECE	
Passaporte	20683710395	10/03/2017	RECE	
Cartão Nacional de Saúde				
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Cartão de Eleitor	05473971990	0100134	ARAÚCA	RN
Cartão de Registro Civil	Mangue/RN		Mangue/RN	

Modelo de Certidão de Óbito em conformidade com o art. 159, §§ 1º a 3º, da Lei nº 8.542, de 13/12/1992 (Lei Orgânica do Registro Civil das Pessoas Naturais) - Lei nº 11.340, de 23/09/2006 (Lei do Registro Civil das Pessoas Naturais) - Lei nº 11.341, de 23/09/2006 (Lei do Registro Civil das Pessoas Naturais)

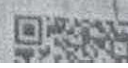
Cartório Único de Porto do Mangue
Rua José Estrela Courty, 10 - 55025-000 - Mangue/RN
Fone: (55) 3366-1111 - Fax: (55) 3366-1112
E-mail: rcm@portodomangue.com.br

O conteúdo do certidão é verdade e deu fé
Porto do Mangue/RN, 27 de Outubro de 2020
Celia Erika Rodrigues de Almeida (Carteira)

Cartório Único de Porto do Mangue
Rua José Estrela Courty, 10 - 55025-000 - Mangue/RN
Fone: (55) 3366-1111 - Fax: (55) 3366-1112
E-mail: rcm@portodomangue.com.br

RN202011310110000861GAJ

AA000107131
 Associação dos Registros e Registradores do Estado do Rio Grande do Norte





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
LEONARDO DA SILVA

CPF
124.868.724-85

MATRÍCULA
131011 01 55 2020 4 00002 164 0000334 13

SEXO **MASCULINO** ESTADO CIVIL **PARDA** SOLTEIRO: **21 ANOS**

NATURALIDADE **AREIA BRANCA/RN** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO **003 787 829 ITEP/RN** ELEITOR **SIM**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
**JOSÉ RICARDO DA SILVA, natural de residente na(o)
EDILEUZA JERONIMO ROSA, natural de TELMO MARINHO residente na(o) RIO DOCE, -
PORTO DO MANGUE/RN**

DATA E HORA DE FALECIMENTO DIA MES ANO
Quinta, 15 de Outubro de 2020 AS 12:27 **15 10 2020**

LOCAL DE FALECIMENTO
HOSPITAL TARCISIO MAIA

CAUSA DA MORTE
HEMATOMA SUBDURAL, TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO, AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido) DECLARANTE
CEMITÉRIO PÚBLICO DE PORTO DO MANGUE/RN **ANDREA JERONIMO ROSA - RG:002.710.579 ITEP - RN**

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
Dr(a) GIOVANI DOS ANJOS CERSOSIMO - 6696

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER
Era eleitor, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento, não deixou filhos.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	003 787 829	10/12/2018	ITEP	
PIS/PISIS	20063710396	10/03/2017	SEC	
Passaporte				
Cartão Nacional de Saúde				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	034352371660	058 0104	BARAÚNA	RN
CEP Residencial	59668-000		Grupo Sanguíneo	

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante.

Isento de taxas e emolumentos conforme Lei nº 9.534/ de 10 de dezembro de 1997, Art. 3º §1º 2º e 3º. Selo utilizado ISENTOS, disponível para consulta em <http://www.rdn.net.com.br/se/m/se/index.asp>

Cartório Único de Porto do Mangue

CNPJ/ME: 11.485.704/0001-19 - Email: cartorioportodomangue@outlook.com

Atilian Fortes Duarte

Rua José de Melo, 93 - Centro - CEP 59.668-000 - Fone (84) 98702-3363



Poder Judiciário do RN
Selo Digital de Fiscalização
Isento

RN202011310110000861OAJ

Confira em: <https://selodigital.tjm.jus.br>

O conteúdo da certidão é verdade e dou fé
Porto do Mangue/RN, 27 de Outubro de 2020
Julia Eloisa Rodrigues de Almeida Germano

1ª Substituta Autorizada do Registro Civil das Pessoas Naturais





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/202

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/07/1999 Idade 21
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA Naturalidade: Areia Branca - RN
Em Serviço: Não Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Documento(s)

RG: 003787829

CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN

Logradouro: comunidade rio doce

Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 02/02/1985 Idade 35
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa Naturalidade: Mossoró - RN
Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa

Documento(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua jose mariano

Complemento: sitio juremal

Nº: 2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

Bairro: Zona Rural

Telefone: (84) 99867-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo que estava sendo ultrapassado acionou uma ambulância e as vítimas foram enviadas para uma unidade mista em Porto do Mangue e logo em seguida foram encaminhadas a vítima para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcísio Maia no dia 15/10/2020 às 18:000. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino

Agente de Polícia

Matrícula 207.33-7

Disponível para Atendimento

Andrea Jeronimo Rosa

Carimbrada

Este documento contém informações pessoais e profissionais relativas ao(s) signatário(s) e não deve ser divulgado a terceiros sem a devida autorização. Qualquer uso indevido deste documento poderá acarretar sanções disciplinares e criminais. Para mais informações, consulte o Manual de Conduta do Policial de Polícia Civil do Rio Grande do Norte.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/202

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/07/1999 Idade 21
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA Naturalidade: Areia Branca - RN
Em Serviço: Não Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Documento(s)

RG: 003787829

CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN

Logradouro: comunidade rio doce

Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 02/02/1985 Idade 35
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa Naturalidade: Mossoró - RN
Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa

Documento(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua jose mariano

Complemento: sitio juremal

Nº: 2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/07/1999	Idade: 21
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA	Naturalidade: Areia Branca - RN		
Em Serviço: Não	Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA		

Documento(s)

RG: 003787829
CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN
Logradouro: comunidade rio doce
Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 02/02/1985	Idade: 35
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa	Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa		

Documento(s)

RG: 2710579
CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: rua jose marjano
Complemento: sitio juremal

Nº: 2





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 99867-5780 (Celular)


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

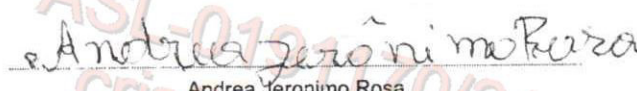
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão; outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo que estava sendo ultrapassado acionou uma ambulância e as vítimas foram enviadas para uma unidade mista em Porto do Mangue e logo em seguida foram encaminhadas a vítima para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcísio Maia no dia 15/10/2020 as 18:000. Nada mais disse.

ASSINATURAS


José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matricula 207.334-2
Responsável pelo Atendimento


Andrea Jerônimo Rosa
Comunicante

Nota: Para os devidos fins de direito que seu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 330-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do convite ou ASL: 124.868.724.85 3 - CPF da vítima: Leonardo da Silva 4 - Nome completo da vítima: Leonardo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2023

5 - Nome completo: José Ricardo da Silva 6 - CPF: 627.220.004-02
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua dos Coqueiros 9 - Município: D1
10 - Complemento: Porto do Mangue 11 - Estado: RN 12 - CEP: 59.668-000
13 - E-mail: seguroscampina@gmail.com 14 - Telefone: (84) 99972 5645

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU 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 R\$1.000,00 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 OU TUTOR)
 CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itai (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU Pagamentos S/A
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 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 do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas de 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 a 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 declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: 15/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: genitor 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos: Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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, desde já, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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: _____

11/10/2020, 20 de Janeiro de 2023

11:17 AM



José

Agência 0001 • Conta 25145925-1
Banco 0260 • Nu Pagamentos S.A. - Instituição
de Pagamento

Seguro de Vida >

Notificações >

Me ajuda >

Editar dados do Perfil >

Segurança >

Open Finance >

Configurar chaves Pix >



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: 124.868.724-85 4 - Nome completo da vítima: Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo: José Ricardo da Silva 6 - CPF: 624.220.004-82
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua dos Coqueiros 9 - Número: 01 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rio Doce 12 - Cidade: Porto dos Mangue 13 - Estado: RN 14 - CEP: _____
15 - E-mail: assuseguros@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (84) 99600-9440

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:
 RECURSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank (0260)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25145925 1
(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: 15/10/2020

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

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: Assu, 20 de Dezembro de 2023

José Ricardo da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Resposta (se) (se) de cobertura: DANO (PREÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2. Nº do sinistro ou ASL: _____ 3. CPF da vítima: **124.868.72489** 4. Nome completo da vítima: **Leonardo da Silva**

MINISTRO DE INFORMACOES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5. Nome completo: **Edileusa Jerônimo Rosa** 6. CPF: **597.301.614-53**

7. Profissão: **Agricultora** 8. Endereço: **Rua dos Coqueiros** 9. Número: **01** 10. Complemento: _____

11. Cidade: **Rio Doce** 12. Cidade de: **Porto da Mangue** 13. Estado: _____ 14. CEP: **59.668-000**

15. E-mail: **segurosacampina@gmail.com** 16. Tel. (DDD): **(84) 999725645**

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE 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 OU TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (em nome próprio ou de terceiros, conforme o caso) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) **Bradesco**

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **3206 3** CONTA: **76.072 2**

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.

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 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 do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24. Data do óbito da vítima: **15/10/2020**

25. Grau de parentesco com a vítima: **genitora** 26. Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28. Vítima teve filhos? Não 29. Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30. Vítima deixou nascituro(s) (nascituro)? 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente de que a declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34. _____ Nome legal de quem assina o pedido (a rogo)

35. CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

36. _____ Nome legal de quem assina o pedido (a rogo)

37. Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38. 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

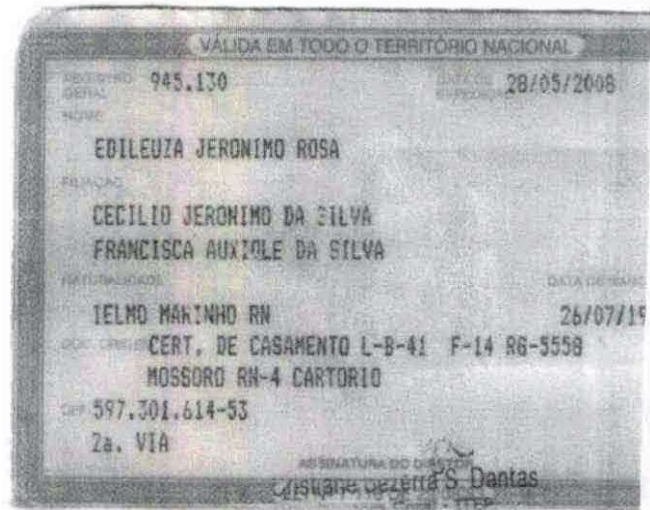
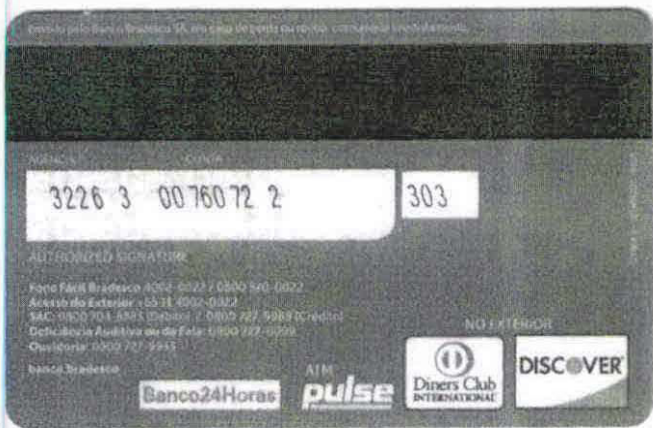
39. 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40. Local e Data: **Mossoro, 26 de Janeiro de 2023**

41. Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Edileusa Jerônimo Rosa**

42. Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43. Assinatura do Procurador (se houver) _____



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00/NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO DO COQUEIRO
 PORTO DO MANGUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Normativa: Mundial, 0

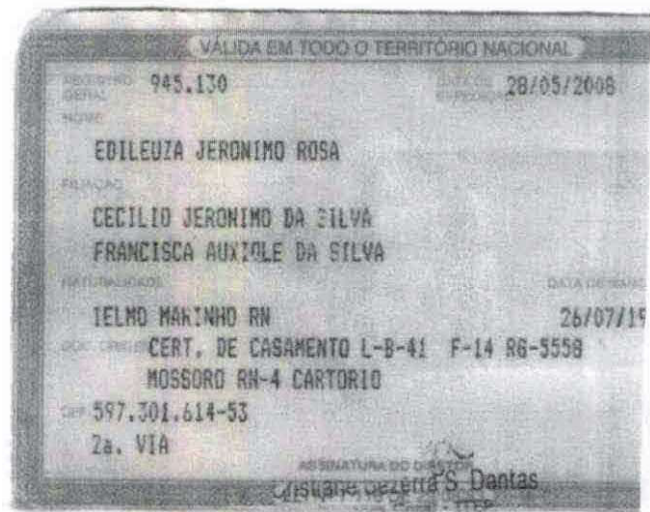
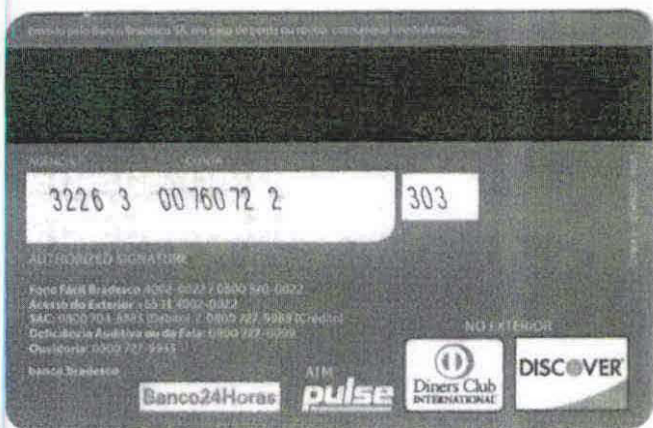
CONTADOR PRECISO	CONTADOR	CONTADOR
08593126	0154	0209204

DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
21/09/2021	04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$): **183,53**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12508935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,21590000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,32937034	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 000000	0,35986777	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,14454147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do Sta.			9,85
ICMS-Parcela 6 subentributa			11,00

TOTAL DA FATURA: **183,53**



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

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 50025-260
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Tel: Est. 20055192-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE:
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF: 789.281.234-00/NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
 RUA DOS COCLEIROS 31
 RIO DO COQUEIRO
 PORTO DO MANGUE RN
 59068-000

CLASSIFICAÇÃO:
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Normativa: Mundial, 0

CONTADOR PRECISO	CONTADOR	CONTADOR
08593126	0154	0209202

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
21/09/2021	04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$): **183,53**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30	0,12508935	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,21590000	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,32937034	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39 000000	0,35986777	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	20 000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70 000000	0,14484147	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120 000000	0,29190513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39 000000	0,32440570	12,85
Acrescimo Bateria VERMELHA			24,88
Contrib. para Fuz. da M. do RN			9,85
ICMS-Parcela 6 subentributa			11,00

TOTAL DA FATURA: **183,53**

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230002941

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230002941

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230002941

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191170/21

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOSE RICARDO DA SILVA : 627.220.004-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

EDILEUZA JERONIMO ROSA : 597.301.614-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2021
Nome: EDILEUZA JERONIMO ROSA
CPF: 597.301.614-53

EDILEUZA JERONIMO ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2021
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230002941

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191170/21

Número do Sinistro: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

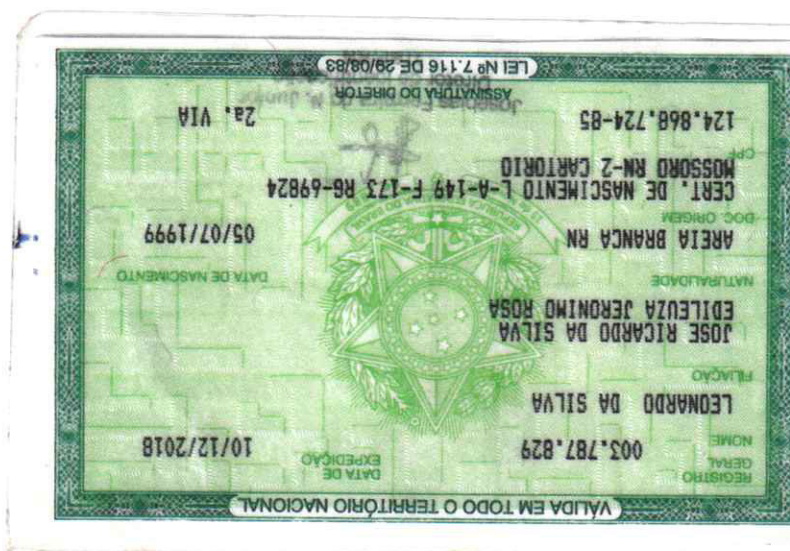
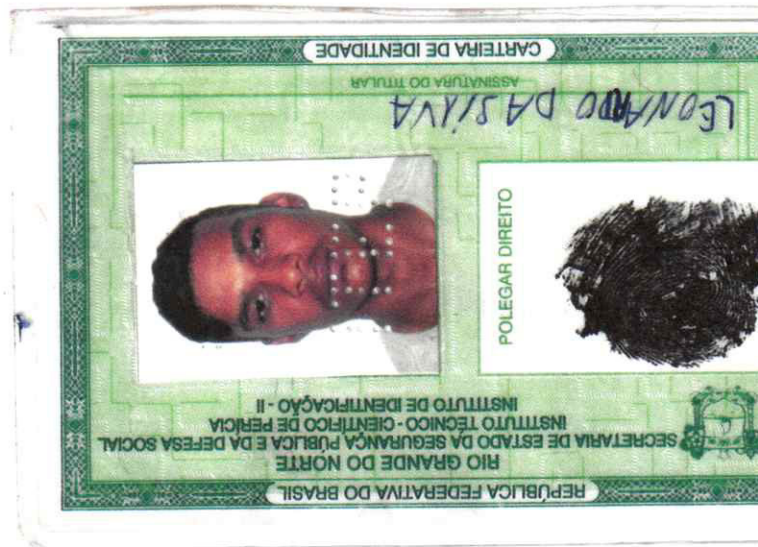
Outros

ATENÇÃO

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

A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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



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

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
 RAFAEL RICARDO DA SILVA
 CPF 706 281 234-00 NIS 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DOS COQUEIROS 01
 RIO DOCE/LOGRADOURO
 PORTO DO MANGUE RN
 59668-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Conv. Monofásica - Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017375665	09/2021

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
21/09/2021	04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$) **183,53**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,12609936	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21959003	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,32937004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	39,0000000	0,36596671	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,19464342	13,82
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,29199513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	39,0000000	0,32440570	12,65
Acréscimo Bandeira VERMELHA			24,98
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,85
ICMS-Parcela Subvencionada			11,00
TOTAL DA FATURA			183,53

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191170/21

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOSE RICARDO DA SILVA : 627.220.004-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

EDILEUZA JERONIMO ROSA : 597.301.614-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2021
Nome: EDILEUZA JERONIMO ROSA
CPF: 597.301.614-53

EDILEUZA JERONIMO ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2021
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 66804 - LEONARDO DA SILVA (21 a 3 m 6 d)

Nascimento: 05/07/1999

Natural: AREIA BRANCA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708700149213194

CPF: 12486872485

Prof:

Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA

Pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Logradouro: SITIO LOGRADORO, 1

CEP: 59668000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: PORTO DO MANGUE

Telefone: 84.33560088

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: PORTO DO MANGUE

Classificação:

11/10/2020 21:08:40

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO MOTO, SEM CAPACETE, ENCONTRA-SE DESACORDADO, EM OXIGENOTERAPIA, COM FERIMENTO EM REGIAO FRONTAL

Dt e Hora:

*Victima de colisao moto x moto.
Alcoolizado. Espúrio. FC = 55 bpm
SO2 = 97%. FCC em frente.*

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

KRAFT

SAMF ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662724

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

RS 100ml IV.

Paracetamol NCR/BMF.

*Proc - 04/2040166
CID - S.27.0*

Emmanuel F. Pinheiro

Rommel Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM/RN 6362

21:30 Neurocirurgia

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, ingesta alérgica

Admitido em ECG 4, pupilas midriáticas, lesão costal contusa frontal eq.

TC de crânio ASDA FIP eq, com DLM 11 mm, cisterna

kanais opagodon. Cd:1. STT conservados TCE gravíssima

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

:

Médico:

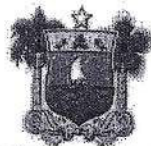
Dr. Juliano José
CRM 7389
Neurocirurgia

CPA 1679

Associação da Alcântara
COPM/RN 918.327-TE

Prontuário: 215476

[Handwritten signature]
W.



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LEONARDO DA SILVA** (Fia: 4776/2020), CPF:12486872485.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 11 de Outubro de 2020.

Adriana raiane feromimo da silva.
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 11/10/20
Maria Jacquellana Lacerda Soares
Assinatura
Esterilização de Enfermagem
Universidade Potiguar - UnP

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21
KRA
SAMF ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662724

CCIH - HRTM
DATA 22/10/2020
Ac: Paulo Rivaldo
Assinatura

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE LEONARDO DA SILVA (8 - 4776/2020)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 215476	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708700149213194	8 - DATA DE NASCIMENTO 05/07/1999	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE EDILEUZA JERONIMO ROSA		DDD 84	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 33560088
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LEONARDO DA SILVA		DDD 84	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 33560088
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO LOGRADORO, 1 / - ZONA RURAL			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PORTO DO MANGUE	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 241025	18 - UF RN	19 - CEP 59668000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Transito - vítima de acidente de trânsito - Inconsciente

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO
Traf. Cirurgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Ex. Clínico + Ex. Complementares

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL
S27.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
V84.8

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
412040166 / 0415030013

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
13045881491

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/10/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ERMANCE FERNANDES PINHEIRO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
8112121

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
KAP
SAMP ARQUIVO
MATRICULA Nº 1662724



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LEONARDO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

EDILENEZA JOHANNINO DOS

Masc. Fem.

3

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

5110 LOBOS DOUCE 01 - ZONA RURAL

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PORTO DO PRATA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Jovem, 25 anos, sofreu acidente em trânsito, no ciclete, dando entrada no hospital com múltiplos ferimentos e traumas (TCE + Trauma torácico hemia facial). Evoluiu com morte encefálica sendo submetido a procedimentos para doação de órgãos.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de procedimento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica + Exames complementares

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Morte encefálica p politrauma

Z52.8

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ações relacionadas a doação de órgãos

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0503010044

29 - CLÍNICA

CIRURGIES

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

109367010718-163

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LINA LACERDA LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/10/20

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ana

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

SAMP ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662724

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4776 /2020

Prontuário: 215476

Paciente: 66804 - LEONARDO DA SILVA

Cartão SUS:708700149213194

CPF: 12486872485

Dt Nasc: 05/07/1999

Idade: 21 anos 3 meses 6 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA

Nome do pai: JOSE RICARDO DA SILVA

Rua/Av: SITIO LOGRADORO

Nº:1

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 59668000

Cidade: PORTO DO MANGUE

Telefone: 84 33560088 84 33560088

Unidade: OBS MASCULINA Leito:1. 45

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: LEONARDO DA SILVA -

Usuário: FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS

Admissão: 11/10/2020 22:08:29

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S27.0 - PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO
412040166 -

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 8/12/21

www.sams.gov.br

SABIF ARQUIVO

MATRÍCULA Nº 1662724

MOSSORO, 11 de Outubro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leonardo da Silva Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax de trauma

Indicação terapêutica: toracotomia

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Emmanuel

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Ney

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8 / 12 / 21

SAME ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662224

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Incisão em decúbito dorsal sob
anestesia endovenosa de 2% Lidocaína
toracotomia esquerda com
drenagem torácica fechada
curativos

Emmanuel A. P. Ribeiro
CA-1670



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome LEONARDO DA SILVA Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: LEIÕES EXTENSAS EM FACE, PRINCIPALMENTE ADIACENTES AO LAC

Indicação terapêutica: DE FUNDS

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador M. Edison JES

1ª Auxiliar: M. Adriano

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: M. Ney

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21
KRA
SAME ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662724

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

- Alargamento de canais estenotizados
- Obscurificação
- Sutura
- De fundo

Edison JES

Dr. Edison JES
Cirurgia Bucodentária
CRC RN 141



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Leonardo de Silva Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: TCE + TUMOR MALIGNO. HÍGADO

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 09:45 Fim: 10:20h Duração: _____

Operador Dr. Marcos Mendes

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Téc. Juliana

Anestesista: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOESORÓ 8/12/21

SAMP ARQUIVO
MATRÍCULA N° 1667724

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(X) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Arco, a esquerda e superior, realizamos acesso venoso
central (hub clivado direito), sem intercorrências. Fixado
o cateter. Curativo

13
10
2020

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes
Cirurgião Geral - Endoscopia Digestiva
CRM/RN 1877

UTI GERAL LEITO 2

NOME: LEONARDO DA SILVA	IDADE: 21 ANOS
HD: TCE GRAVE NÃO CIRURGICO + SUPOSTA PNM ASPIRATIVA + PROVAVEL ME	
TC DE CRÂNIO: COM HSDA FTP À ESQUERDA COM EFEITO DE MASSA, DESVIO DE LINHA MEDIA DE 11mm	
LEUCO: 13.300 HB: 11,1 PLQ: 93.000 UR 121 CR 5,6	

DATA 17/10/2020 ADMISSÃO: 13/10 IOT: 11/10 SVD:12/10 CVC: 13/10

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº	DIAGNÓSTICO / TRATAMENTO	08	12	15	18	24	06
1.	DIETA POR SNG PARA NEFROPATA 50ML 3/3H COM INTERVALO 00-06H <i>(Suspensão)</i>	08	12	15	18	24	06
2.	SF 0,45% 2000ML EV PARA 24H	10	22	30	40		
3.	CEFTRIAXONA 1G + 8ML ABD, IV, 12/12HS INICIO 13/10	10	22				
4.	CLINDAMICINA 600MG + 50ML DE SF0,54%, IV, 6/6HS INICIO 13/10	10	16	22	04		
5.							
6.	NORADRENALINA 8MG/4ML, 04AMPOLAS +234ML DE SF0,45%, IV, EM BIC ACM (FOTOPROTEGER)						
7.	DOBUTAMINA 02 AMPOLAS + SF 0,45% 210ML, IV, EM BIC 5ML/H PARA 24H <i>Atenção</i>						
8.	SOLUCORTEF 100MG EV 8/8H	10	18	02			
9.	DIPIRONA 500 MG/ML, 01 AMP+ 8 ML AD, IV, ATE 4/4 HORAS-SOS <i>SW</i>						
10.	OMEPRAZOL OU PANTOPRAZOL, 40MG - 01 AMP + DILUENTE IV 1X AO DIA	06					
11.	BROMOPRIDA 5MG/ML - 04 ML (02 AMP) + 6 ML ABD, EV 8/8H - SOS <i>SW</i>						
12.	HGT 4/4 HORAS	10	14	18	22	02	06
13.	INSULINA R, EV, CONFORME ABAIXO: < 150 OUI 151 - 200 2UI 201 - 250 4UI 251 - 300 6UI 301 - 350 8UI >351 10UI E COMUNICAR PLANTONISTA <70 FAZER 40ML GLICOSE 50% EV						
14.	LASIX 1 AMP EV 8/8H	10	18	02			
15.							
16.							
17.	AGUARDO RX TORAX 14/10 <i>Dr. Jota J. Almeida Mesquita</i>						
18.	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA <i>CRM/RN - 8133</i>						
19.	DECÚBITO ELEVADO 45 GRAUS + VMI <i>alenti</i>						

Suspensão de te até segunda ordem

[Assinatura]
CRM 98349.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

KPF

SAME ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 1662224

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE PUBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

SETOR: UTI GERAL	LEITO: 02	ADMISSÃO: 13/10/2020	DATA: 17/10/2020
NOME: LEONARDO DA SILVA			IDADE: 21 ANOS
DIAGNÓSTICO: 1) TCE GRAVE SEM INDICAÇÃO CIRURGICA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO 2) MORTE ENCEFALICA			
TC DE CRÂNIO: COM HSDA FTP À ESQUERDA COM EFEITO DE MASSA, DESVIO DE LINHA MEDIA DE 11mm			

ANTIMICROBIANOS (INICIO)	CEFTRIAXONA(11/10) + CLINDAMICINA(13/10)
DROGAS VASOATIVAS	NORA(12/10)
SEDAÇÃO	SEM
PROFILAXIAS	OMEPRAZOL
DISPOSITIVOS (DATA)	CVC (VSCD) + SVD (12/10)

PARAMETROS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS:

Δ PAS 158-134
Δ PAD 110-74
Δ FC: 120-102
Δ FR 16
Δ Taxa 36,8-36,2
Δ HGT 206-160
Δ SPO2 100-95

DIURESE (24H): 660 ML
BALANÇO HIDRICO (24H): +1819 ML

ADMISSÃO: ADMITO PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO EM IOT + VM, SEM SEDAÇÃO, EM GLASGOW 3, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NO DIA 11/10 COM QUADRO DE TCE GRAVE SEM CONDUITA NEUROCIRURGICA. COM DRENO DE TORAX ESQUERDO + AVC EM SUBCLAVIA DIREITA
 AO EXAME: EG GRAVE, EM IOT, SEM SEDAÇÃO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL. S/EDEMAS DE MMII

EVOLUÇÃO MÉDICA - DIURNO

PACIENTE SEGUE MANTENDO QUADRO CLÍNICO. HEMODINÂMICA ESTÁVEL ÀS CUSTAS DE NOPRDRENALINA. EM VM BEM ADAPTADO AO CICLO VENTILATÓRIO. EM COMA SEM SEDAÇÃO. DIURESE PRESENTE EM POUCA QUANTIDADE, BH DO DIA POSITIVO. AFEBRIL E COM GLICEMIAS CONTROLADAS. SNG ABERTA COM RETORNO DE 60ML DE RESÍDUOS GÁSTRICOS. SEM REGISTRO DE EVACUAÇÕES.

PACIENTE EM CUIDADOS PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS.

EXAME FÍSICO:

SSVV: PA: 153/102 FC:113 FR: 16 SAT: 98% GLASGOW: 3 (AO1 RV:1T RM: 1)

AR: MV +, SIMÉTRICO, S/RA EM VC,

ACV: RCR, 2T, BULHAS NORMORFONÉTICAS,

ABD: PLANO, RHA+, SEM VISCEROMEGALIAS, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.

NEURO: PUPILAS MIDRIÁTICAS, SEM RFM.

ESTREMIIDADES: QUENTES, TEC<3 SEGUNDOS, SEM EDEMAS

CONDUTA:

1. CUIDADOS INTENSIVOS
2. AGUARDO LABORATÓRIO
3. AGUARDO CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 8/12/21

[Assinatura]
 MATRICULA Nº 1662724

[Assinatura]
 Danilo Brito
 Médico
 CRM 9839 / RN

17/10/20

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07:00 - Recebo paciente em ME, aguardando captação de órgãos, com lesão e curativo exudativo na cabeça, com SNG aberta, com AVC em subclávia direita, dreno de tórax, SVD para diálise. Ao exame encontra-se taquicárdico, normotenso, arbor supneico, segue monitorizado, entubado em VM, aos cuidados da equipe de plantão. ————— x ————— Viviane 1439763-

11:50 - Paciente transportado para o CC para captação de órgãos. ————— x ————— x ————— x Viviane 1439763-

12:00 Recebo o paciente no centro cirúrgico, vindo da UTI, acompanhado pela equipe de enfermagem, onde será realizado a cirurgia de captação de órgãos. ————— Marcia

12:27 Saida da cirurgia. ————— Marcia

13:19 Complemento. ————— Marcia

13:30 Término da permissão. ————— Marcia

14:30 Término da cirurgia. ————— Marcia

15:50 - Pós captação de órgãos. Entubado, dreno em tórax no hemitórax. ————— Marcia
59297

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21

KRAI

SAMF ARQUIVO
MATRICULA Nº 1662724

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191170/21

Número do Sinistro: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/05/2022
Nome: JOSE RICARDO DA SILVA
CPF: 627.220.004-82

JOSE RICARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2022
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191170/21

Número do Sinistro: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do acidente: 11/10/2020

CPF: 124.868.724-85

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191170/21

Número do Sinistro: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

CPF: 124.868.724-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/05/2022

Nome: JOSE RICARDO DA SILVA

CPF: 627.220.004-82

JOSE RICARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2022

Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/07/1999	Idade 21
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Areia Branca - RN		
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA	Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

RG: 003787829
CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN
Logradouro: comunidade rio doce
Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 02/02/1985	Idade 35
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa	Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa		

Documento(s)

RG: 2710579
CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: rua jose mariano
Complemento: sitio juremal

Nº: 2



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 99867-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo que estava sendo ultrapassado acionou uma ambulância e as vítimas foram enviadas para uma unidade mista em Porto do Mangue e logo em seguida foram encaminhadas a vítima para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcísio Maia no dia 15/10/2020 as 18:000. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matricula 207.331-2
Responsável pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa
Comunicante

* Responsável para os devidos fins de direito que seu o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 330-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



José Ricardo da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 961579 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2006

NOME JOSE RICARDO DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA ANA DA SILVA DATA DE NASCIMENTO

SANTANA DO MATOS RN 25/12/1966

CERT. NASC. No. 1719 L. 02 F. 254

ANGICOS RN 02 CARTORIO

627.220.004 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
RAFAEL RICARDO DA SILVA
CPF 705 281 234-00 NIS 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DÓS COQUEIROS 01
RIO DOCE/LOGRADOURO
PORTO DO MANGUE RN
59668-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Conv. Monômnia - Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
085931281	UNICA	02/09/2021

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/09/2021	3011487053	3003808

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017375665	09/2021

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
21/09/2021	04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$) **183,53**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,12809835	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21859003	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,32937004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	59,0000000	0,36596671	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,19484342	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,28198513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	59,0000000	0,32440570	12,65
Acréscimo Bandeira VERMELHA			24,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,85
ICMS-Parcela Subvencionada			11,00
TOTAL DA FATURA			183,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO	TIPO DA	AUTORIZAÇÃO

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:

124.868.724-85

4 - Nome completo da vítima:

Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Jose Ricardo da Silva

6 - CPF:

627.220.004-82

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Rua dos Coqueiros

9 - Número:

01

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Rio Doce

12 - Cidade:

Porto dos Mangue

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

15 - E-mail:

assuseguros@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(84) 99600-9440

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: Nubank (0260)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

25145925

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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:

15/10/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Pai

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Assi, 20 de Dezembro de 2020

Jose Ricardo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
RAFAEL RICARDO DA SILVA
CPF: 705 281 234-00 NIS: 20063710387

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DÓS COQUEIROS 01
RIO DOCE/LOGRADOURO
PORTO DO MANGUE RN
59668-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Conv. Monômnia - Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
085931281	UNICA	02/09/2021

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/09/2021	3011487053	3003808

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7017375665	09/2021

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
21/09/2021	04/10/2021

TOTAL A PAGAR (R\$): 183,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,12809835	3,84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21959003	15,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,32937004	39,52
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	59,0000000	0,36596671	14,27
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,11354199	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,19484342	13,62
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,28198513	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	59,0000000	0,32440570	12,65
Acréscimo Bandeira VERMELHA			24,98
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,85
ICMS-Parcela Subvencionada			11,00
TOTAL DA FATURA			183,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO	TIPO DA	AUTORIZAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



José Ricardo da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 961579 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2006

NOME JOSE RICARDO DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA ANA DA SILVA DATA DE NASCIMENTO

SANTANA DO MATOS RN 25/12/1966

CERT. NASC. No. 1719 L. 02 F. 254

ANGICOS RN 02 CARTORIO

627.220.004 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
LEONARDO DA SILVA

CPF
124.868.724-85

MATRÍCULA
131011 01 55 2020 4 00002 164 0000334 13

SEXO: **MASCULINO** | COLOREÇÃO: **PARDA** | ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO, 21 ANOS**

NATURALIDADE: **AREIA BRANCA/RN** | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: **003 787 829 ITEP/RN** | ELEITOR: **SIM**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:
JOSÉ RICARDO DA SILVA, natural de residente na(o)
EDILEUZA JERONIMO ROSA, natural de TELMO MARINHO residente na(o) RIO DOCE, -
PORTO DO MANGUE/RN

DATA E HORA DE FALECIMENTO: **Quinta, 15 de Outubro de 2020 AS 12:27** | DIA: **15** | MES: **10** | ANO: **2020**

LOCAL DE FALECIMENTO:
HOSPITAL TARCISIO MAIA

CAUSA DA MORTE:
HEMATOMA SUBDURAL, TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO, AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido) | DECLARANTE:
CEMITÉRIO PÚBLICO DE PORTO DO MANGUE/RN | **ANDREA JERONIMO ROSA - RG:002.710.579**
ITEP - RN

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:
Dr(a) GIOVANI DOS ANJOS CERSOSIMO - 6696

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER:
Era eleitor, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento, não deixou filhos.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ORGAO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	003 787 829	10/12/2018	ITEP	
PIS/PIS	20063710395	10/03/2017	SEC	
Passaporte				
Cartão Nacional de Saúde				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	034352371660	058/0104	BARAUNA	RN
CEP Residencial	59668-000		Grupo Sanguíneo	

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante.

Isento de taxas e emolumentos conforme Lei nº 9.534/ de 10 de dezembro de 1997, Art. 3º §1º 2º e 3º, Selo utilizado ISENTO -, disponível para consulta em <http://www.rdnnet.com.br/se/m/seindex.asp>

Cartório Único de Porto do Mangue

CNPJ/ME: 11 485 704/0001-19 - Email:
cartorioportodomangue@outlook.com

Allison Fortes Duarte

RUI ANDRÉ L. REIS/1700041

Rua José de Melo, 93 - Centro - CEP 59.668-000 - Fone (84) 38702-3363

O conteúdo da certidão é verdade e dou fé
Porto do Mangue/RN, 27 de Outubro de 2020
Julia Eloisa Rodrigues de Almeida Germano

1ª Substituta Autorizada do Registro Civil das Pessoas Naturais



Poder Judiciário do RN
Selo Digital de Fiscalização
Isento

RN2020113101100008610AJ

Confira em: <https://selodigital.tjm.jus.br>



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: 124.868.724-85 4 - Nome completo da vítima: Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo: Editeuza Jerônimo Rosa 6 - CPF: 597.301.614-53
 7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua dos Coqueiros 9 - Número: 03 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Rio Doce 12 - Cidade: Porto das Mangue 13 - Estado: RN 14 - CEP: _____
 15 - E-mail: assuseguros@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (84) 99600.9440

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3226 3 CONTA: 0076072 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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: 15/10/2020
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: mãe 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 (al nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 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, Assis - RN, 20 de dezembro de 2021.

Editeuza Jerônimo Rosa 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/07/1999	Idade 21
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Areia Branca - RN		
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA	Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

RG: 003787829
CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN
Logradouro: comunidade rio doce
Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 02/02/1985	Idade 35
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa	Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa		

Documento(s)

RG: 2710579
CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: rua jose mariano
Complemento: sitio juremal

Nº: 2





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 POLÍCIA CIVIL
 2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

Bairro: Zona Rural
 Telefone: (84) 99867-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo que estava sendo ultrapassado acionou uma ambulância e as vítimas foram enviadas para uma unidade mista em Porto do Mangue e logo em seguida foram encaminhadas a vítima para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcísio Maia no dia 15/10/2020 as 18:000. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
 Agente de Polícia
 Matrícula 207.331-2
 Responsável pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa
 Comunicante

* Responsável para os devidos fins de direito que seu o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 330-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.*

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:

124.868.724-85

4 - Nome completo da vítima:

Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Jose Ricardo da Silva

6 - CPF:

627.220.004-82

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Rua dos Coqueiros

9 - Número:

01

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Rio Doce

12 - Cidade:

Porto dos Mangue

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

15 - E-mail:

assuseguros@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(84)99600-9440

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: Nubank (0260)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

25145925

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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:

15/10/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Pai

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Assi, 20 de Dezembro de 2023

Jose Ricardo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/07/1999	Idade 21
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Areia Branca - RN		
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA	Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

RG: 003787829
CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN
Logradouro: comunidade rio doce
Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 02/02/1985	Idade 35
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa	Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa		

Documento(s)

RG: 2710579
CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: rua jose mariano
Complemento: sitio juremal

Nº: 2



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: 124.868.724-85 4 - Nome completo da vítima: Leonardo da Silva

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

5 - Nome completo: Editeuza Jerônimo Rosa 6 - CPF: 597.301.614-53
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua dos Coqueiros 9 - Número: 03 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rio Doce 12 - Cidade: Porto das Mangue 13 - Estado: RN 14 - CEP: _____
15 - E-mail: assuseguros@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (84) 99600.9440

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3226 3 CONTA: 0076072 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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: 15/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: mãe 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 (al nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, Assis - RN, 20 de dezembro de 2021.

Editeuza Jerônimo Rosa 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/07/1999	Idade 21
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Areia Branca - RN		
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA	Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

RG: 003787829
CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN
Logradouro: comunidade rio doce
Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 02/02/1985	Idade 35
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa	Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa		

Documento(s)

RG: 2710579
CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: rua jose mariano
Complemento: sitio juremal

Nº: 2





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 99867-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo que estava sendo ultrapassado acionou uma ambulância e as vítimas foram enviadas para uma unidade mista em Porto do Mangue e logo em seguida foram encaminhadas a vítima para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcísio Maia no dia 15/10/2020 as 18:000. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matricula 207.331-2
Responsável pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa
Comunicante

* Responsável para os devidos fins de direito que seu o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 330-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.*



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 14:05:43 Data/Hora Fim: 16/10/2020 14:34:04
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Porto do Mangue

Data/Hora do Fato: 11/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: RN-404

Tipo do Local: Outro

CEP: 59.668-000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/07/1999	Idade 21
Profissão: Não Informado			
Estado Civil: Solteiro(a)	Naturalidade: Areia Branca - RN		
Nome da Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA	Nome do Pai: JOSE RICARDO DA SILVA		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

RG: 003787829
CPF: 124.868.724-85

Endereço

Município: Porto do Mangue - RN
Logradouro: comunidade rio doce
Bairro: Zona Rural

CEP: 59.695-000

Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 02/02/1985	Idade 35
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável	Naturalidade: Mossoró - RN		
Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa	Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa		

Documento(s)

RG: 2710579
CPF: 084.135.964-40

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: rua jose mariano
Complemento: sitio juremal

Nº: 2





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00063550/2020

Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 99867-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo que estava sendo ultrapassado acionou uma ambulância e as vítimas foram enviadas para uma unidade mista em Porto do Mangue e logo em seguida foram encaminhadas a vítima para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcísio Maia no dia 15/10/2020 as 18:000. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matricula 207.331-2
Responsável pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa
Comunicante

Responsável pelo Atendimento: José Josué Costa Faustino, Agente de Polícia, Matricula 207.331-2. Responsável pelo Atendimento: Andrea Jerônimo Rosa, Comunicante. Responsável pelo Atendimento: José Josué Costa Faustino, Agente de Polícia, Matricula 207.331-2. Responsável pelo Atendimento: Andrea Jerônimo Rosa, Comunicante. Responsável pelo Atendimento: José Josué Costa Faustino, Agente de Polícia, Matricula 207.331-2. Responsável pelo Atendimento: Andrea Jerônimo Rosa, Comunicante.

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br//login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210257238

Vítima: LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILEUZA JERONIMO ROSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

