



Número: **0800512-41.2023.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **23/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILEUZA JERONIMO ROSA (AUTOR)		Wamberto Balbino Sales (ADVOGADO) KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
JOSE RICARDO DA SILVA (AUTOR)		Wamberto Balbino Sales (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
98146592	04/04/2023 18:49	<a href="#">2881651_CONTESTACAO_Anexo_02_comprese d</a>	Documento de Comprovação

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004162/23

Número do Sinistro: 3230002941

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

#### 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](http://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](http://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](mailto:thatiana.bellot@seguradoralider.com.br)>  
**Cc:** Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto: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](mailto: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](mailto:cristina.alves@seguradoralider.com.br)>  
**Cc:** Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto: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](mailto:thatiana.bellot@seguradoralider.com.br)



[www.seguradoralider.com.br](http://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](mailto: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](mailto:thatiana.bellot@seguradoralider.com.br)>

**Cc:** Kelly de Souza <[kelly.souza@seguradoralider.com.br](mailto:kelly.souza@seguradoralider.com.br)>; Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto:margaridamanso@seguradoralider.com.br)>;

Fátima Lima <[fatima.lima@seguradoralider.com.br](mailto:fatima.lima@seguradoralider.com.br)>; CRISTINA LIMEIRA ALVES

<[cristina.alves@seguradoralider.com.br](mailto:cristina.alves@seguradoralider.com.br)>; Emanuelle Teixeira <[emanuelle.teixeira@seguradoralider.com.br](mailto:emanuelle.teixeira@seguradoralider.com.br)>; Felipe

Santos <[felipe.santos@seguradoralider.com.br](mailto: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](mailto:monica.silvestre@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600





[www.seguradoralider.com.br](http://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

Assembleia Nº 100

Fluor/RJ

1-904



AR

D.H.

REGISTRO URGENTE  
Ticket priority

0,110

X AR MP

70163584 3 BR



**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](mailto:thatiana.bellot@seguradoralider.com.br)



[www.seguradoralider.com.br](http://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 <crisrina.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](mailto:monica.silvestre@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - RJ  
 41.619.137/2004

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO  
 Nº 9276592205  
 0007

CHASSI: 941437500

PLACA: RUM9078

FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA  
 PROPRIETARIO  
 P DE SAO BRUNO ZONA RURAL  
 39678-000 TIBAU/RN

032.641.934-93

920146109021226

BRASILIA

2004 2005

000CV/0149 CILINDRADA 4000  
 MARCA: HONDA

ALIANÇA FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
 BANCO HONDA S/A

23/11/2005

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - RJ  
 41.619.137/2004

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO  
 Nº 5963050070

CHASSI: 941437500

PLACA: RUM9078

FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA  
 PROPRIETARIO  
 P DE SAO BRUNO ZONA RURAL  
 39678-000 TIBAU/RN

032.641.934-93

920146109021226

BRASILIA

2004 2005

000CV/0149 CILINDRADA 4000  
 MARCA: HONDA

ALIANÇA FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
 BANCO HONDA S/A

23/11/2005

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - RJ  
 41.619.137/2004

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
 Nº 5963050070

CHASSI: 941437500

PLACA: RUM9078

FERNANDO BORGES DE OLIVEIRA  
 PROPRIETARIO  
 P DE SAO BRUNO ZONA RURAL  
 39678-000 TIBAU/RN

032.641.934-93

920146109021226

BRASILIA

2004 2005

000CV/0149 CILINDRADA 4000  
 MARCA: HONDA

ALIANÇA FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
 BANCO HONDA S/A

23/11/2005





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 17426 /2020

Admissão: 11/10/2020 21:18:50

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 (relatado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
Origem: AMBULANCIA OUTRO \*Empresa:

Table with columns: OBS: PORTO DO MANGUE, Classificação: 11/10/2020 21:08:40, PESO:, and a grid for vitals (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:

Handwritten notes: 'Vítima de colisão moto x moto. Alcoolizado. Espúrios. FC = 55 bpm. SO2 = 94%. FCC em frente.' Includes stamp: 'HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 8/12/21' and signature 'KRAFT'.

Diagn. Inicial:

Assin:

Table with columns: PRESCRIÇÃO:, VIA, HORÁRIO, ASSINT. Handwritten entries include 'R5 100ml IV.', 'Parecer NOR/BMF.', 'Proc - 0432040566', 'CID - S.27.0', and 'Exame F. Pulso'.

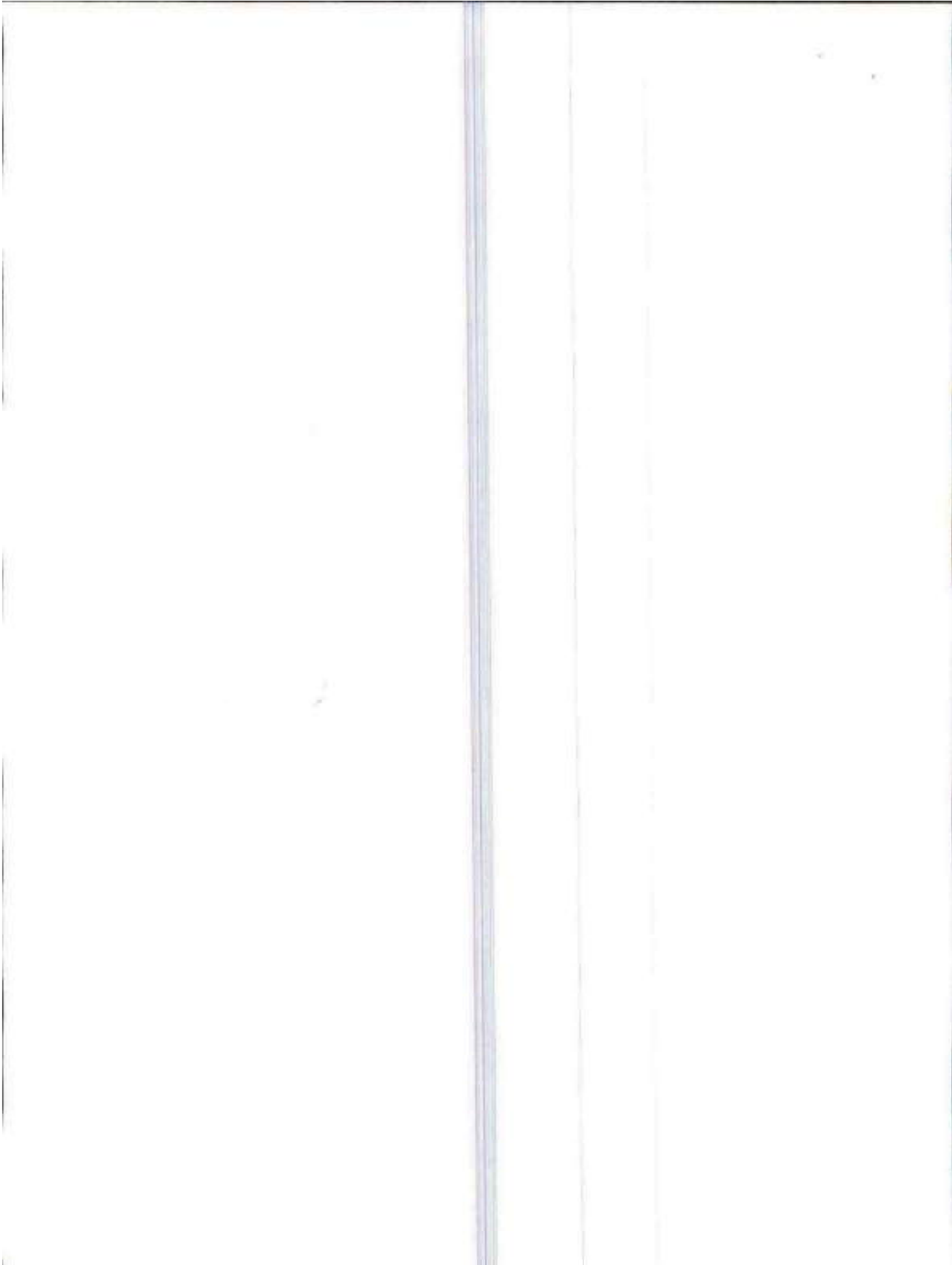


Handwritten notes: '21:30 Manuseio', 'Paciente vítima de colisão moto x moto, sem capacete, ingesta alérgica', 'Admitido em ECG 4, pupilas midriáticas, não sente dor na fronte', 'TC de crânio ASDA FIP e eq. com DLM 11 mm, cisterna', 'Linha de acesso. Ed. I. TTT com arador 5LE gravimétrico'.

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

CID Proc. Data: / /20. Hr: Médico: (Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA, Impresso em 11 de Outubro de 2020.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 04/04/2023 18:49:20  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23040418492073800000092696900  
Número do documento: 23040418492073800000092696900

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 Regina Feijonino da Silva.*  
Paciente ou responsável

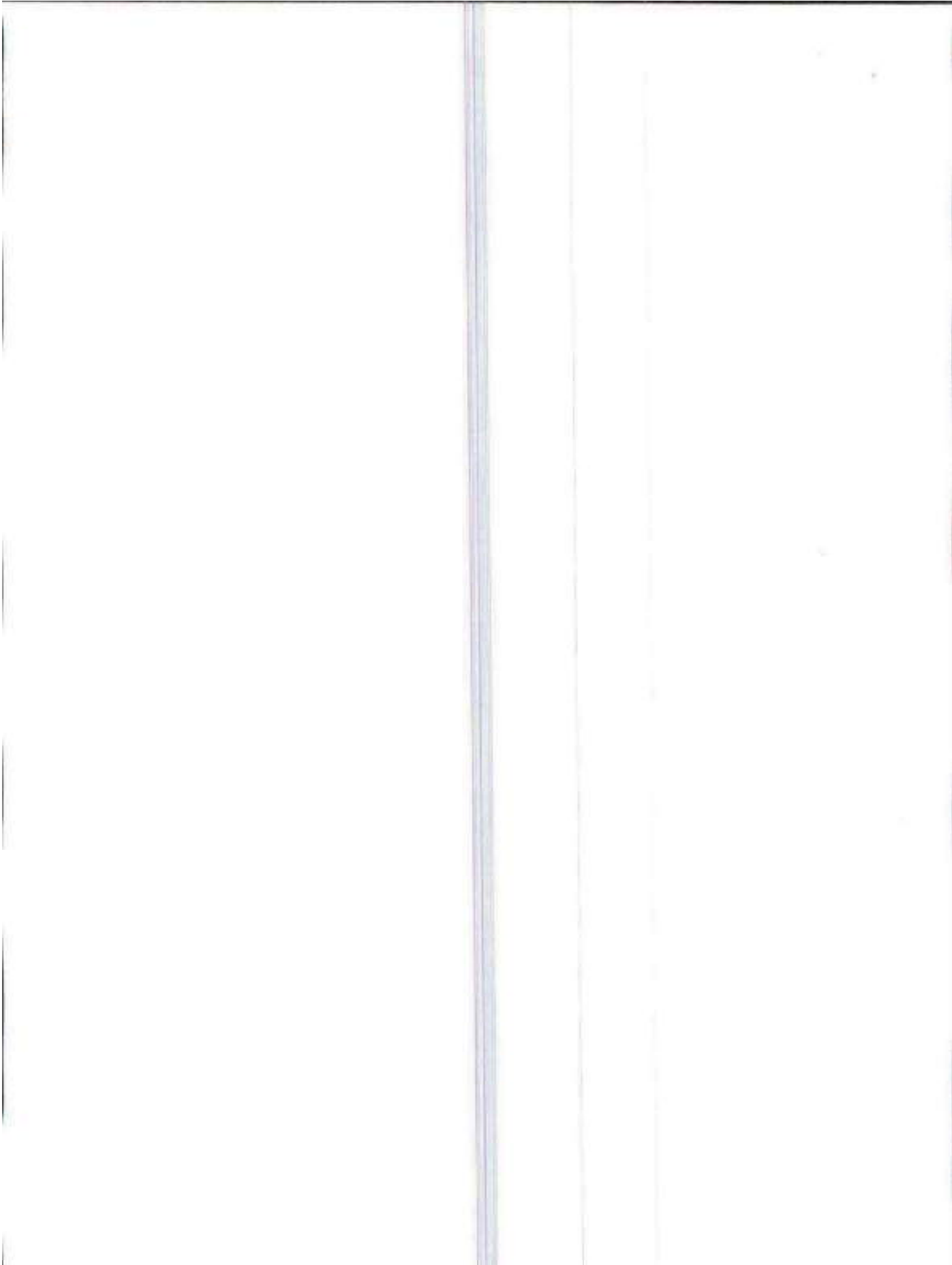
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.  
DATA 11/10/20  
Marta Jaqueline de Azevedo Soares

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

*[Handwritten signature]*  
1062734

CCIH - HRTM  
DATA 22/10/2020  
*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 Feiti.  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

59068000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente vítima de acidente de trânsito - Incapaz*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

*Trat. Cirúrgico* *CIA 0412040166* *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

(412040166/0415030413)

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 Pinheiro*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CIP/ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SERIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. Conselho Superior

49 - Nº AUTORIZAÇÃO (Internação) Hospitalar

ESSE DOCUMENTO É VÁLIDO ATÉ 11/12/21

49 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

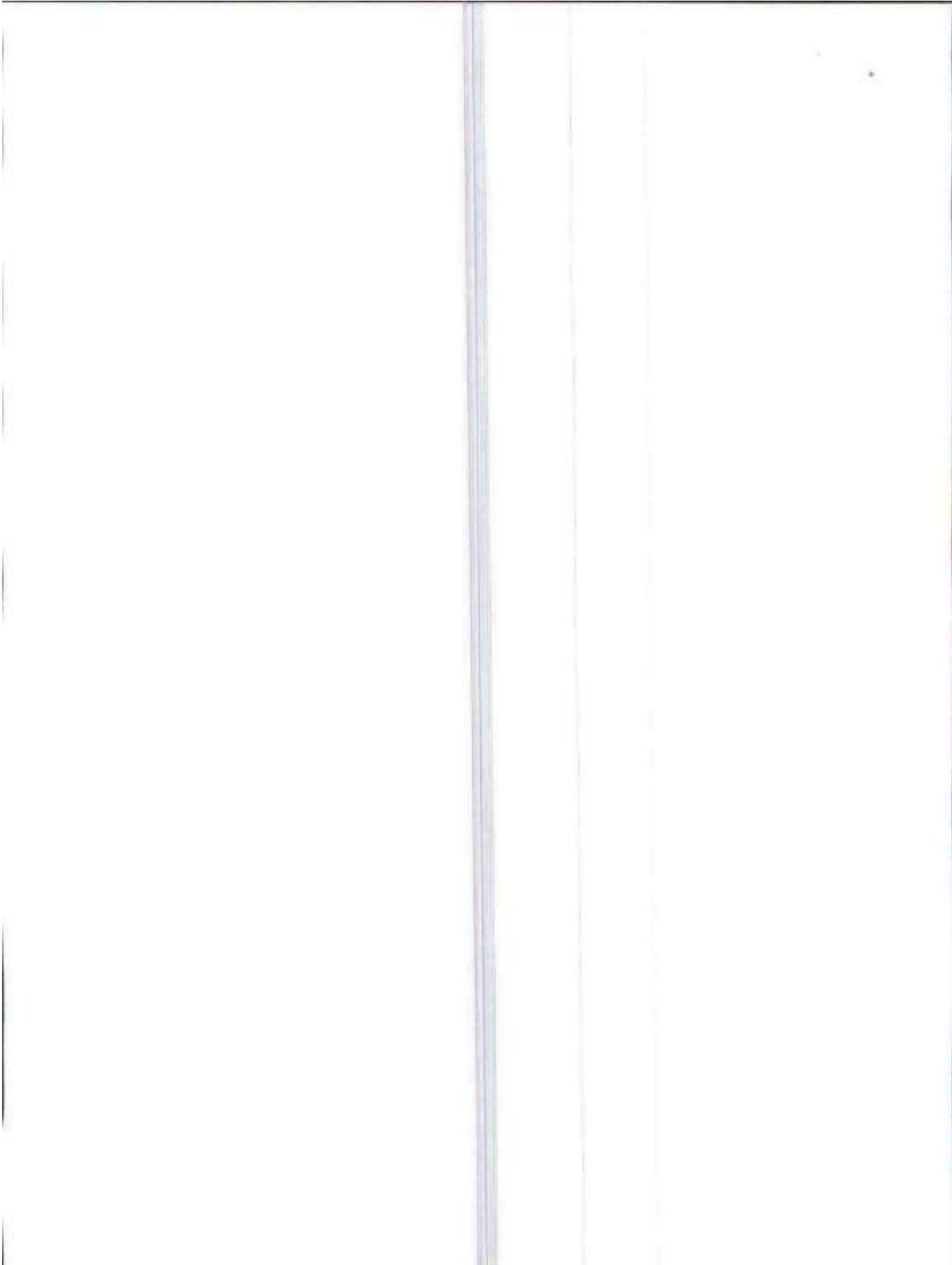
980016001835565

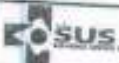
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*Liginey Lino de Oliveira*







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Jovem, 21 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 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

Morte encefálica e politrauma

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Z52.8

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ações relacionadas a doação de órgãos

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

LINA LICERDS LIMA

17/10/20

10.936.770/1018-1613

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 37 -  ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
- 38 -  ACIDENTE DE TRABALHO TRILÍTI

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

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

52 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

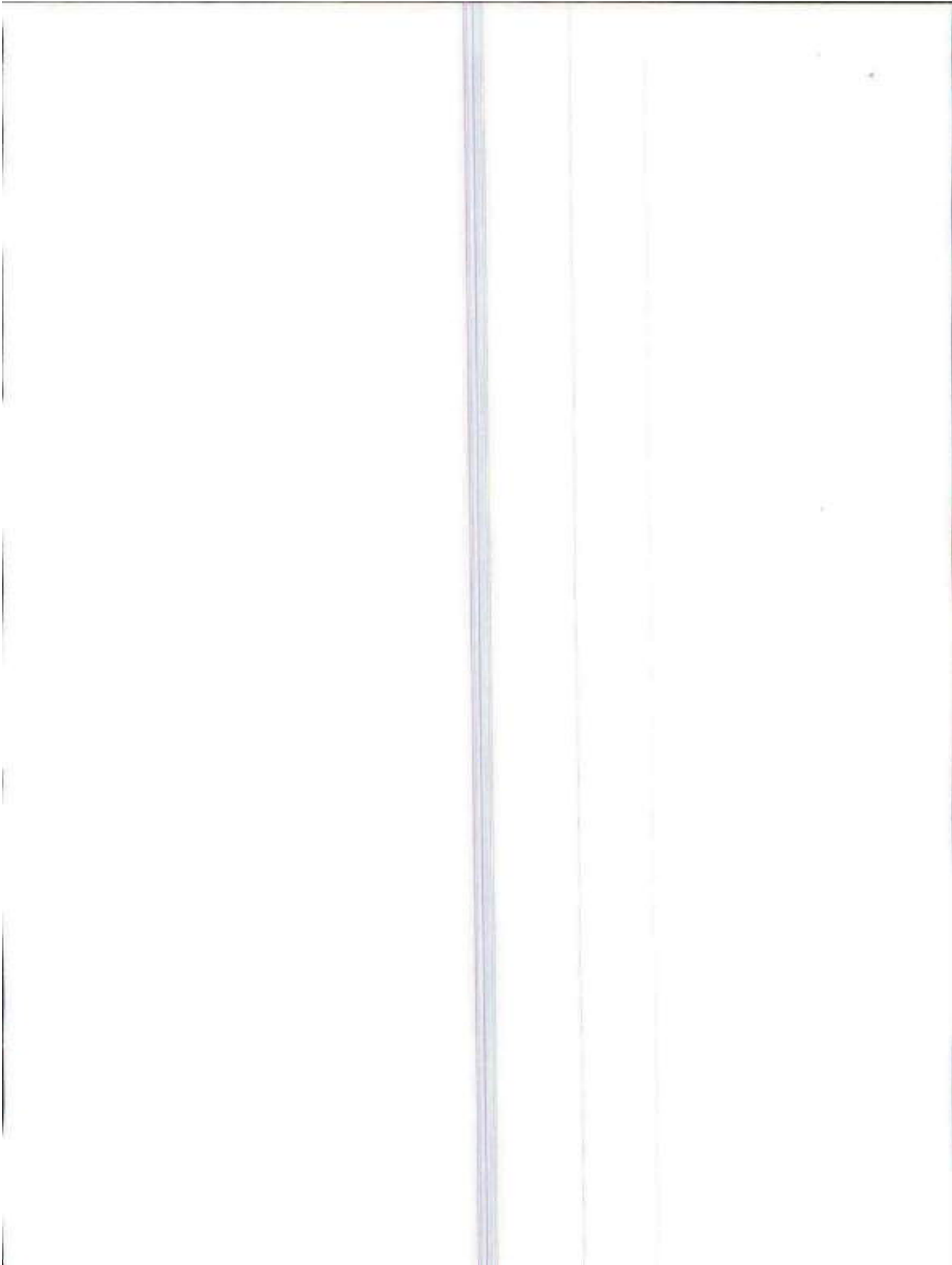
1/1

1/1

1/1

1/1





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  
Nome da mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA  
Nome do pai: JOSE RICARDO DA SILVA  
Rua/Av: SÍTIO 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

CPF: 12486872485  
Etnia: PARDA

Dt Nasc: 05/07/1999  
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Admissão: 11/10/2020 22:08:29 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S27.0 - PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO  
412040166 -

HISTORIA CLINICA

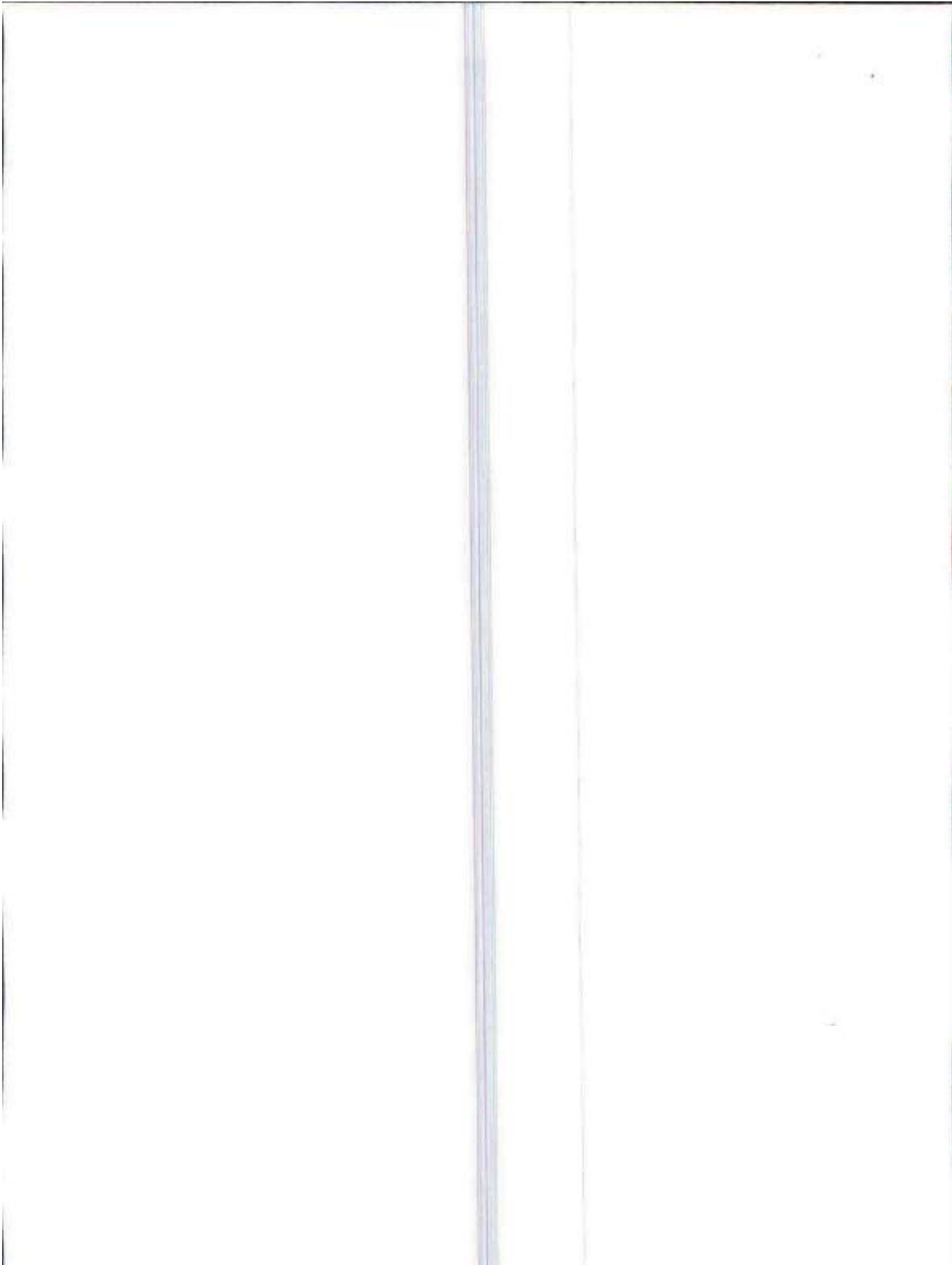
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA É CÓPIA DO ORIGINAL  
31/12/2021

MATRICULA: 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 N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax de trauma

Indicação terapêutica: toracotomia

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador Emmanuel

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: Dr. Ney

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
CASSIO MOSSA Nº 112/21  
15/04/2023  
1167724

INTERVENÇÃO

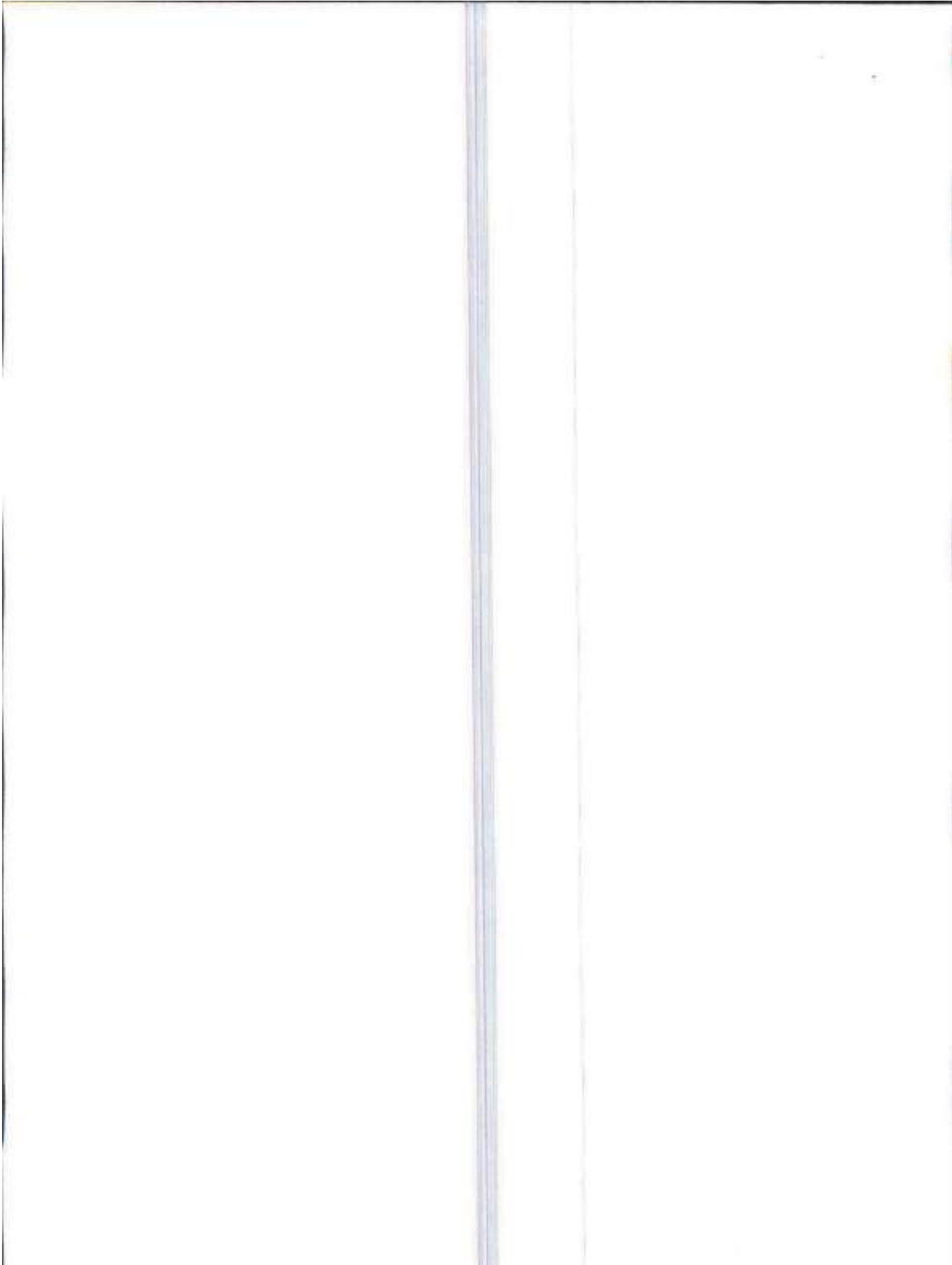
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

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

Presença do Dr. Roberto José da Silva  
Anestesia Endovenosa - Leptozoma  
Toracotomia Esquerda com  
Drenagem Torácica Fechada  
Curativos

Emmanuel A.  
Pinheiro







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 NA FALDE, PRONITIDA ADIACIA LA

Indicação terapêutica: DE TUMOR

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: AS Duração: \_\_\_\_\_

Operador: Dr. Edson JBS

1º Auxiliar: Dr. Adonirso

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: Dr. Nery

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 8/12/11

KARLA

SECRETARIA DE SAÚDE  
NOME: KARLA  
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

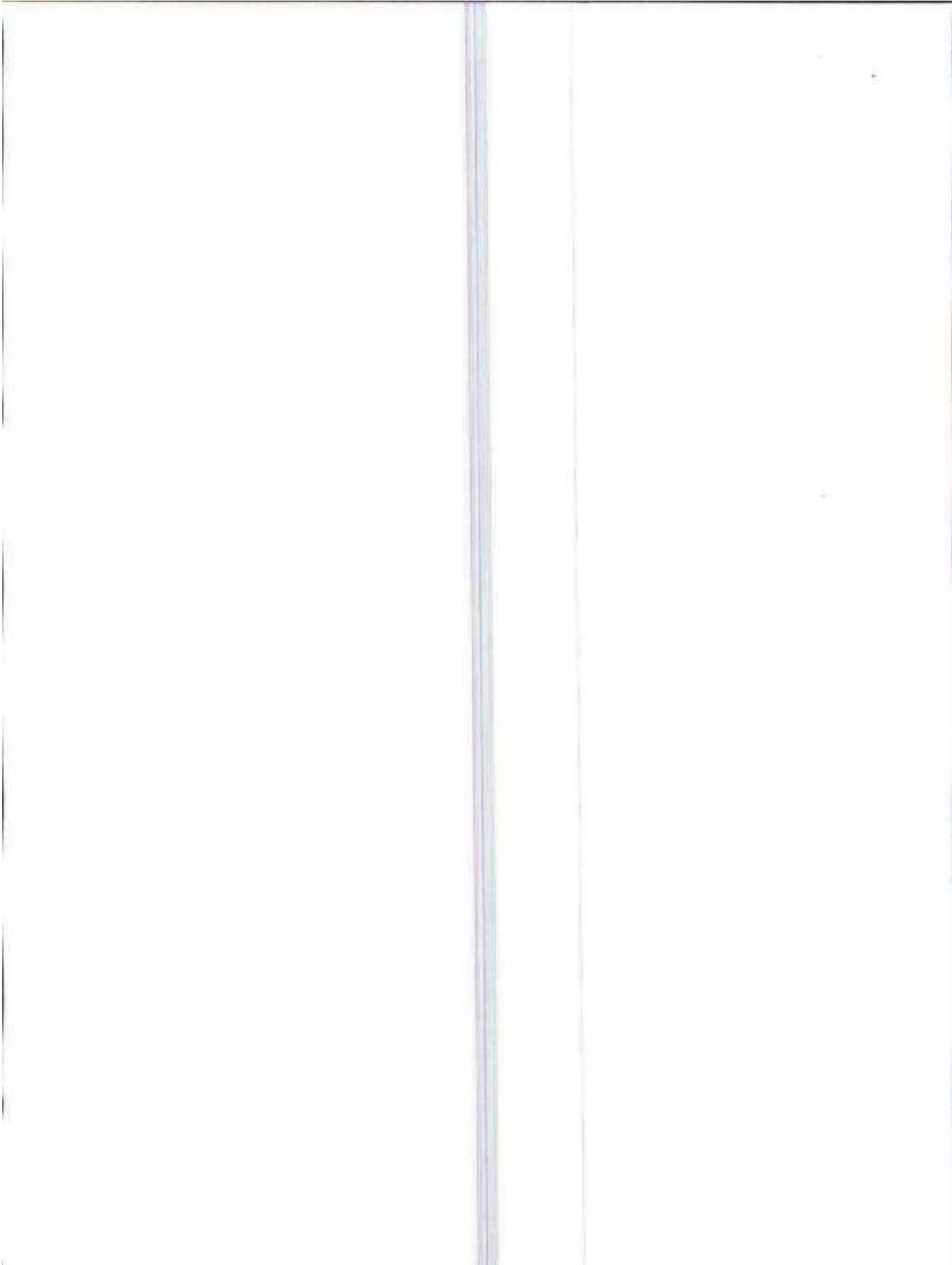
( ) Limpa (  ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

- Alunos de worko estrueto
- Absorção de tumor
- Sutura
- De fecho

Edson JBS

Dr. Edson JBS  
Cargo: Cirurgião  
CRC: 14.14







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 + TUMORAL DO 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  
CAMPUS DE NÍSIO ALVES  
SAMU MOSSORÓ 8/12/21  
KAR  
MÉDICO ANESTESIA 1687724

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

Pro: aberto e auto-surgente, realizamos a disseção vascular

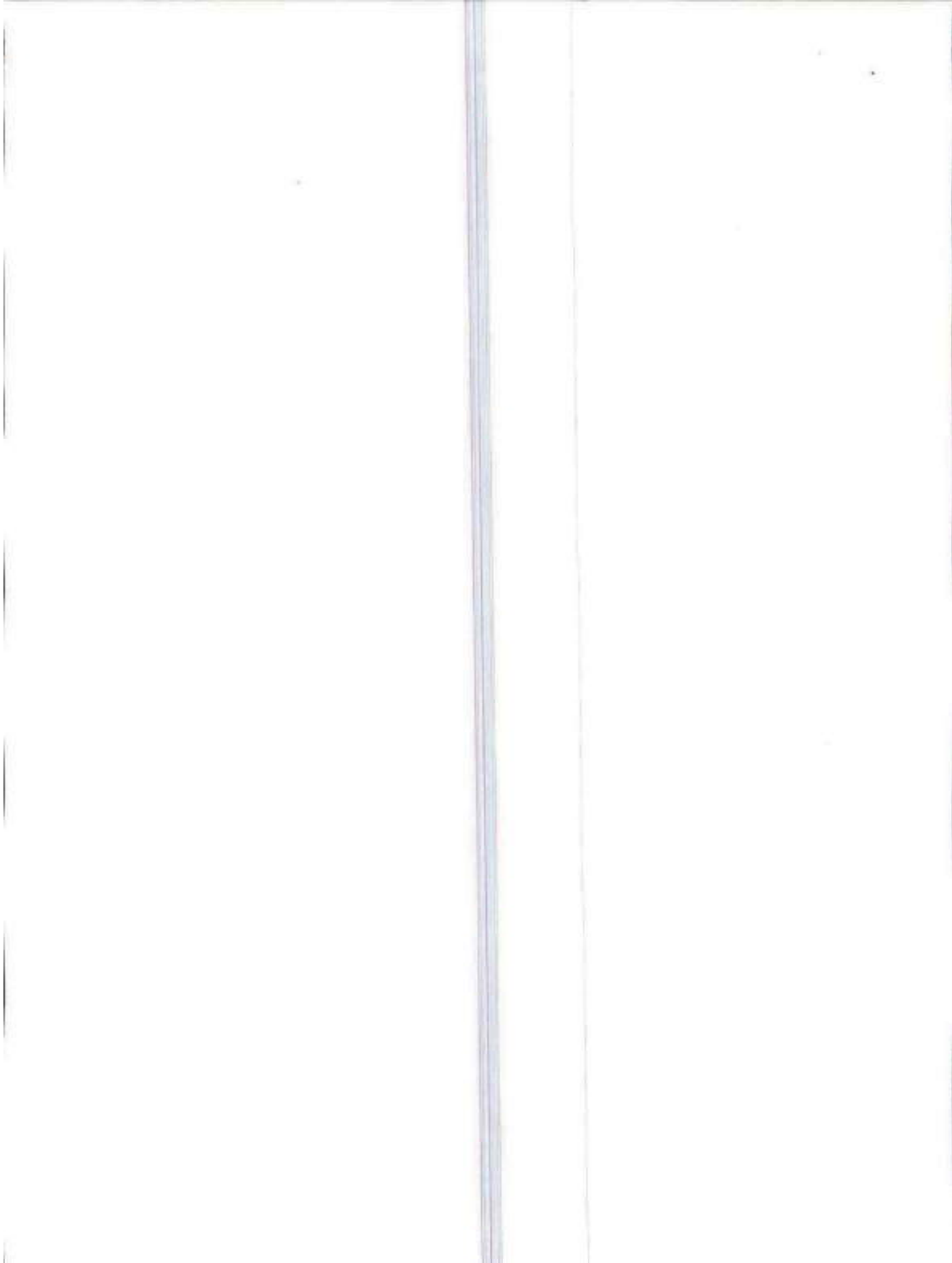
central (hb clivio direita), sem intercorrências. Fixado

o resíduo. Curativo

13  
10  
202

Dr. Marcos Antonio Hoqueira Mendes  
Cirurgião Gastroenterologista Digestor  
CRM/RN 1577





## 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	Prescrição	01	12	15	18	21	24
1	DIETA POR SNG PARA NEFROPATA 50ML 3/3H COM INTERVALO 00-06H (Suspendido)						
2	SF 0,45% 200ML EV PARA 24H	10	2	3	4	21	06
3	CEFTRIAXONA 1G + 8ML ABD, IV, 12/12HS INICIO 13/10	10	22				
4	CLINDAMICINA 600MG + 50ML DE SF0,45%, IV, 6/6HS INICIO 13/10	10	16	22	04		
5							
6	NORADRENALINA 8MG/4ML 04AMPOLAS + 234ML DE SF0,45%, IV, EM BIC ACM (POTOPROTEGER)						
7	DOSUTAMINA 02 AMPOLAS + SF 0,45% 210ML, IV, EM BIC 5ML/H PARA 24H						
8	SOLUCORTEF 100MG EV 8/8H						
9	DIPIRONA 500 MG/ML, 01 AMP + 8 ML AD, IV, ATE 4/4 HORAS-SOS	10	18	02			
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	06					
12	HGT 4/4 HORAS						
13	INSULINA R EV, CONFORME ABAIXO: < 150 G/L 151 - 200 2UI 201 - 250 4UI 251 - 300 6UI 301 - 350 8UI > 351 10UI E COMUNICAR PLANTONISTA < 70 FAZER 40ML GLICOSE 50% EV	10	14	18	22	02	06
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						

Suspendo dieta até segunda ordem

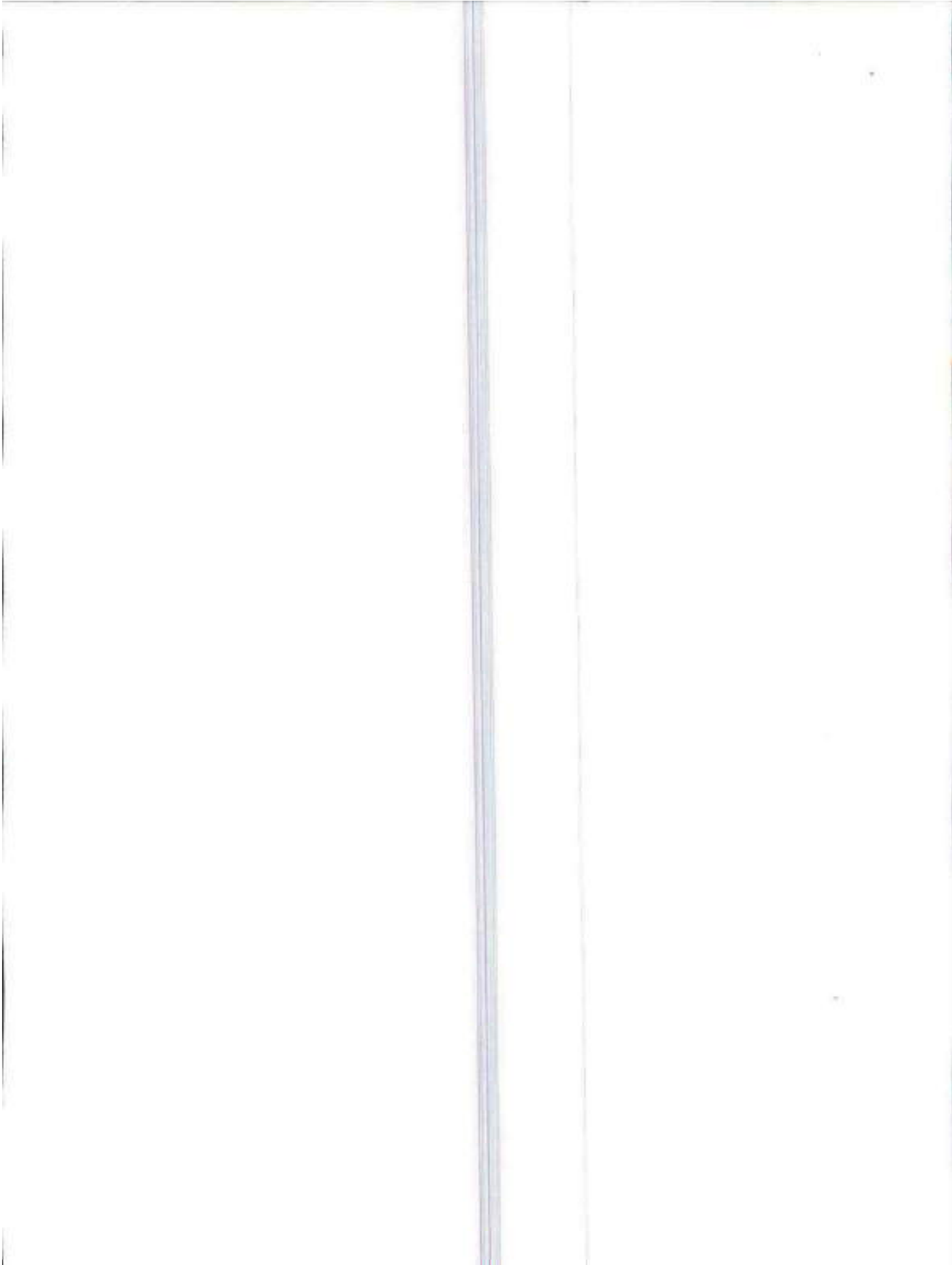
  
 CRM 9839

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SANE MOCCO 9.112.131

*Ked*

NACIONAL 166224





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 Taxe 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 UTI + VM, SEM SEDAÇÃO, EM GLASGOW 3, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NO DIA 11/10 COM QUADRO DE TCE GRAVE SEM COMPLEXO NEUROQUIRURGICA. COM SÍNDE DE TOMAR RESPIRADO + PVC, SEM SUCLAVIA DEX/ESQ. AO EXAME SE GRAVE, EM UTI, SEM SEDAÇÃO, EUPNEICO, TORAXO: HIDRATADO, ACARDIACO, ANCTERICO, AFEBRIL. 1/EDENAS DE MMH

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 (A01 RV:1T RM: 1)

AR: MV +, SIMÉTRICO, S/RA EM VC,

ACV: RCR, ZT, 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:

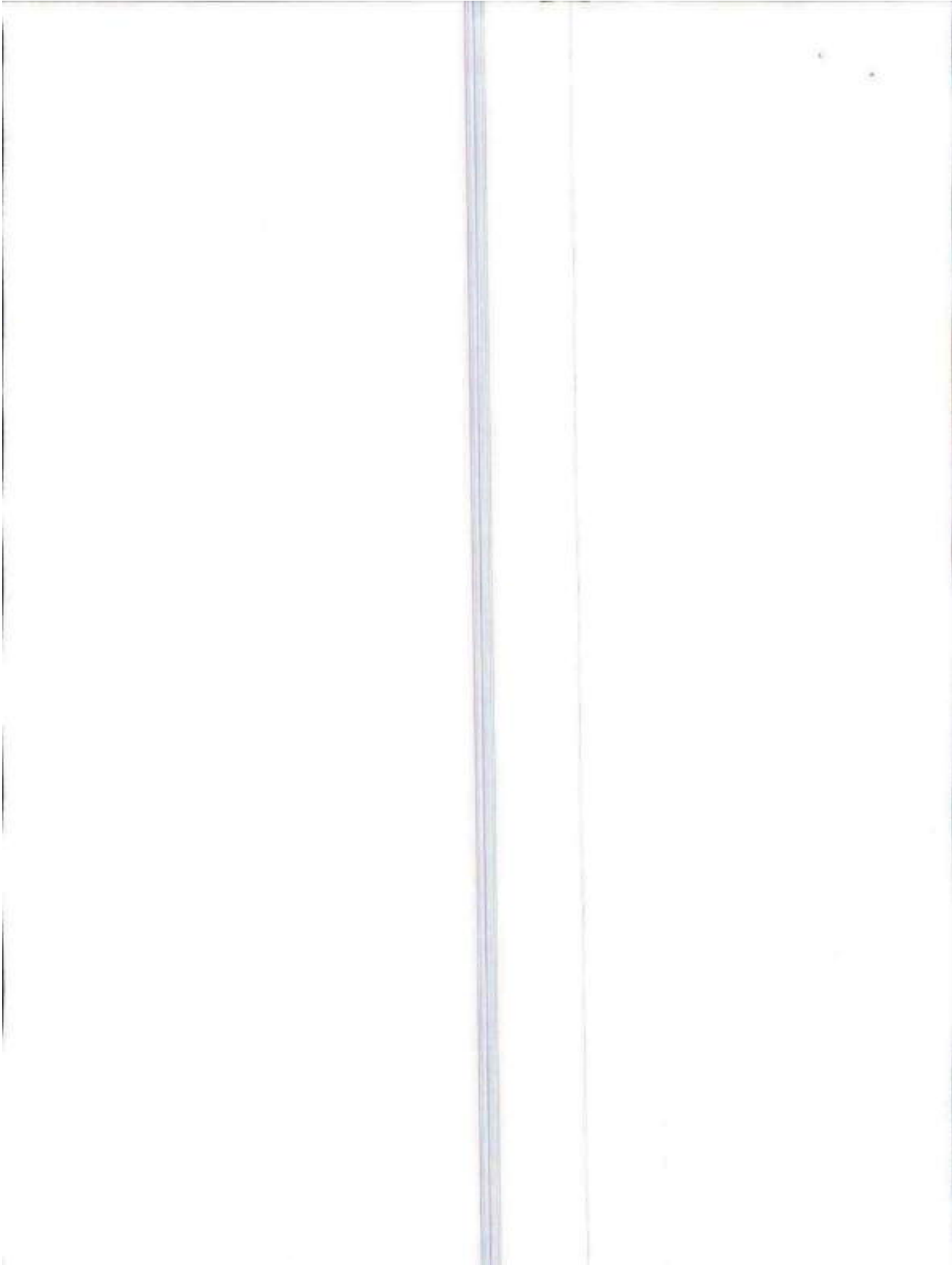
1. CUIDADOS INTENSIVOS
2. AGUARDO LABORATÓRIO
3. AGUARDO CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOZDORO 8 1/21 21

*[Handwritten Signature]*  
MATEUS  
667724

*[Handwritten Signature]*  
Danilo Brito  
Médico  
5839 / RN





RETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN  
 SPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 DADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

NOME Jeannara Silva  
 IDADE 21 anos  
 DIAGNÓSTICO

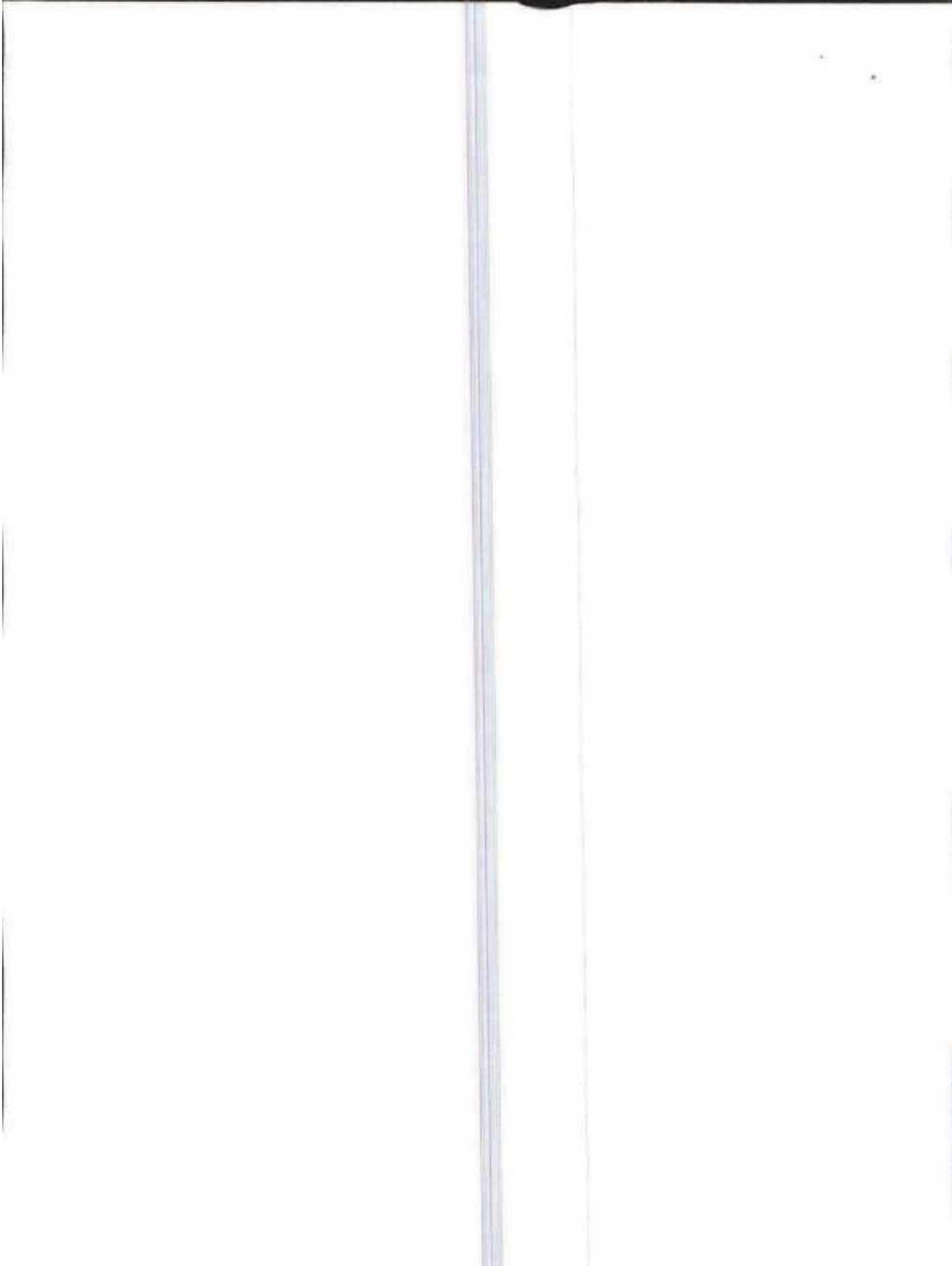
LEITO 02

DATA 17/10/2020

CONTROLES										CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS					DIH
ARTERIAL	TEMPERATURA	FREQ. RESP.	FREQ. CARD.	SpO2	HOT	PVO	DIETA	HR	MECICACAO	LÍQUIDOS INFUNDIDOS	DROGAS	SANGUE/DER.	DIURESE	EVACUACAO	SUCO GASTR.	VÔMITO	DRENO	PRAUDICIAL	COMPARAL	INTIMA	QUARTIVO	ASPIRACAO	IMMO DECUBITO	ASSINATURA	
91/60/36	36,4	16	110	98				85																	Robaúla
53/102/85	36,9	16	113	98				85																	Vitoriane
65/104/36	36,1	105	96					85																	Vitoriane
98/108/36	35,5	123	94					85																	Vitoriane
54/103/32	36,1	111	98					85																	Vitoriane
<b>SUB TOTAL</b>										<b>BALANÇO PARCIAL</b>															
<b>SUB TOTAL</b>										<b>BALANÇO PARCIAL</b>															
<b>ALANÇO TOTAL EM 24 HORAS</b>										<b>BALANÇO PARCIAL</b>															
<b>TOTAL</b>										<b>TOTAL</b>															

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 SPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 EMENDADA 27/2 21  
 2020  
 16/10/20





17/10/20

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07:00 - Recebo paciente em ME, aguardando captação de oxigênio, com lesão e curativo oxidativo na cabeça, com SNG abta, com AVC em subclávia direita, chemo de tônax, SVD para diurese. Ao exame encontra-se taquicárdico, normotenso, apt supneico, segue monitorizado, intubado em VM, aos cuidados da equipe de plantão. ————— x ————— Viviane 143976

11:50 - Paciente transportado para o CC para captação de oxigênio. ————— x ————— Viviane 143976

12:00 Reclino o paciente no cubo cirúrgico, vindo da UTI acompanhado pela equipe de enfermagem, onde será submetido a cirurgia de captação de oxigênio. ————— Gláucia

12:27 Início da cirurgia. ————— Gláucia

13:19 Complemento. ————— Gláucia

13:30 Término da cirurgia. ————— Gláucia

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

15:50 - Vis. hipertensão de 20/12. Extrusão de sangue em quantidade no neurotórax. ————— Gláucia 59297

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
UNIDADE DE ENFERMAGEM  
SABE HORARIO 8:12/21  
\_\_\_\_\_  
SABE S  
MATRICULA 146297



**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 Nº 100

21º andar

Rio de Janeiro/RJ

CEP 20.011-904



AR

D.H.





**COSERN**  
 Companhia Energética de Rio Grande do Norte  
 Rua Sérgio, 500 - Santa Rita - RN, CEP 59055-000  
 CNPJ 08.336.190/0001-81 | Tel: 55 (51) 3333-3333 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 NOME: LEONARDO DA SILVA  
 ENDEREÇO: RUA DOS COQUEIROS, 500 - SANTA RITA - RN, CEP 59055-000

**DADOS DO CONTRATO**  
 Nº de Contrato: 7017375665  
 Data de Emissão: 09/2021  
 Data de Vencimento: 21/08/2021  
 Data de Exatidão: 04/10/2021  
 Valor: 183,53

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Conta de Energia Elétrica	1	183,53	183,53
Imposto de Renda	1	0,00	0,00
Outros	1	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>			<b>183,53</b>



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 10.430, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - NATURA - CONTRATO DE SUPRIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA**

**COSERN**  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Ilhéus, 150 - Balço, Natal - RN, CEP 59005-200  
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Fone: 54 32089169-8 | www.cosern.br

**DADOS DO CLIENTE:**  
 RIBAFEL RICARDO DA SILVA  
 CPF: 705.281.234-00 NIS: 30083710387

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:**  
 RUA DOS COQUEIROS 91  
 RIO DOCE LOZADOURO  
 PORTO DO MANUEIRH  
 55004-000

**CLASSIFICAÇÃO:**  
 01 - RESIDENCIAL  
 0004 - TENSÃO 220V  
 0001 - 1FASE

**UNIDADE CONSUMIDORA:** 7017375685  
**PERÍODO:** 09/2021

**DATA DE VENCIMENTO:** 21/09/2021  
**DATA DE EMISSÃO:** 04/10/2021  
**TOTAL A PAGAR (R\$):** 183,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo-TU50 até 30 kWh	33,00	0,72800000	23,93
Consumo-TU60 superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,27850000	19,49
Consumo-TU50 superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,09807000	11,77
Consumo-TU60 superior a 120 kWh	10,00000000	0,26599071	2,66
Consumo-TE até 20 kWh	30,00000000	0,11354108	3,41
Consumo-TE superior a 20 até 100 kWh	70,00000000	0,19864340	13,91
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	100,00000000	0,24199513	24,20
Consumo-TE superior a 220 kWh	30,00000000	0,50449370	15,13
Acervo de Bandeira VERMELHA			0,00
Contrib. Imit. Pública Municipal			0,00
ICMS-Parcela Subvencionada			11,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>183,53</b>

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





09/02/2023 09:55:27  
MARIANA ALVES

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







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 >



# 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: 627.220.004-82  
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): (34) 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:  
 RECLUSO 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/TUTOR)

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)  
 Bradesco (237)  Raí (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Nubank (0260)  
AGÊNCIA: 0004 CONTA: 25145925 4  
(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Div)  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 resíduo (ou resíduo)?  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.

MÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e data: \_\_\_\_\_  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Beneficiário:  NOME COMPLETO DE BARRIGADA MÍDICA E SUPLEMENTARES  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

1 - Nº de contrato ou ROL: \_\_\_\_\_ 2 - Nº da VÍTIMA: 124.868.72489 3 - Nome completo da vítima: Leonardo da Silva

4 - NOME DO DELEGADO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/MORTE) (REPRESENTANTE LEGAL) (CONECTAR Nº 812/202)

5 - Nome completo: Edileusa Jônima Rosa 6 - CPF: 557.301.614.53

7 - Profissão: Agricultora 8 - Honorário: 01 9 - Endereço: Rua dos Logueiros 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Cidade: Rio Doce 12 - Estado: Pernambuco 13 - CEP: 55.668-000

14 - E-mail: seguro-campesina@gmail.com 15 - Telefone: (81) 999725645

16 - ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS DO DPVAT COM LUCROÇÃO

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, receber ao endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DO CONTRATO:  RECEIO INTERIMAR  R\$1.000,00 ATE R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  SEM RENDA  R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR OU TUTOR)

CONTA POUPEGANÇA (somente para as contas de: Agência em capital)  CONTA CORRENTE (paga em dinheiro) Bradesco

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

AGÊNCIA: 0001 (Instituição de origem de origem) 0001 (Instituição de origem de origem) 0001 (Instituição de origem de origem) 0001 (Instituição de origem de origem)

Autuar e 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 a dívida, desde já e sem prazo após a elevação do crédito, quitando total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor da idade representada.  
Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, por iniciativa dos limites que sejam 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 - PREZINHO OLENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou ciente da importância de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.324/74), uma vez que:

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

Soluto e integro a todos os fins de direito o pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, o exame julgado a qualificar médica apresentada, para fins de indenização do Seguro DPVAT, conforme disposto na legislação vigente, e desde que não haja elementos divergentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74. Declaro que esta opção não significa que a vítima não tenha sofrido lesão física ou psicológica de natureza permanente e irreversível.

23 - ANEXO DE DADOS DE RESIDÊNCIA - PREZINHO OLENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou CIV)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 15/10/2020

25 - Causa de falecimento da vítima: gênderya 26 - Vítima de outro compromisso:  Sim  Não 27 - Se a vítima de outro compromisso, informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima de outro compromisso?  Não 29 - Se outra vítima, informar o nome: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima de outro compromisso?  Sim  Não 31 - Vítima de outro compromisso?  Sim  Não 32 - Se outra vítima, informar o nome: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima de outro compromisso?  Sim  Não

Faço jus ao direito de ser signatário do seguro, sem ônus e indenização do Seguro DPVAT por morte durante a vigência do seguro, desde que não haja elementos divergentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na legislação vigente, e desde que não haja elementos divergentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na legislação vigente.

34 - Assinatura de quem assina a pedido da vítima: \_\_\_\_\_

35 - CPF legal de quem assina a pedido da vítima: \_\_\_\_\_

36 - Assinatura de quem assina a pedido da vítima: \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido da vítima: \_\_\_\_\_

38 - Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

39 - Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Morroco, 02 de Janeiro de 2023 41 - Assinatura da Representante Legal (se houver): Edileusa Jônima Rosa 42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_







# 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: 627.220.004-82  
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): (34) 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:  
 RECLUSO 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/TUTOR)

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)  
 Bradesco (237)  Raí (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Nubank (0260)  
AGÊNCIA: 0004 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Div)  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 resíduo (ou resíduo)?  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.

MÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e data: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Beneficiário:  NASCIMENTO DE BARRIGA SEM MÚLTIPLA SUPLEMENTAÇÃO  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

1 - Nº de inscrição ou RG:  2 - Nº de CPF:  3 - Nome completo de vítima:

4 - Nº de inscrição de identificação (CADASTRAL) e FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) (MENSAL) (RUBRICA) (PRESENCIANTE LEGAL) (CONEJUGAL) (CPF Nº 812/202)

5 - Nome completo do Representante Legal:  6 - CPF do Representante Legal:

7 - Profissão:  8 - Honorário:

9 - Endereço:  10 - Cidade:

11 - Estado:  12 - Município:

13 - E-mail:  14 - CEP:

15 - Nome completo do Representante Legal (MORTE, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM LUCROÇÃO

16 - CPF do Representante Legal

17 - Profissão do Representante Legal

18 - Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

19 - Renda mensal do titular ou cônjuge:  RECEIO INTERMEDIAR  R\$ 1.000,00 até R\$ 1.500,00  R\$ 1.501,00 até R\$ 2.000,00  R\$ 2.001,00 até R\$ 2.500,00  R\$ 2.501,00 até R\$ 3.000,00  SEM RENDA  R\$ 1.001,00 até R\$ 1.500,00  ACIMA DE R\$ 3.000,00

20 - Dados bancários:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (MORTE, CURADOR OU TUTOR)

21 - Conta corrente (para depósito em nome de):  CONTA CORRENTE (para depósito em nome de)  CONTA POUPEGANÇA (para depósito em nome de)

22 - Agência:  Agência:  Agência:

23 - Agência:  Agência:  Agência:

24 - Agência:  Agência:  Agência:

25 - Agência:  Agência:  Agência:

26 - Agência:  Agência:  Agência:

27 - Agência:  Agência:  Agência:

28 - Agência:  Agência:  Agência:

29 - Agência:  Agência:  Agência:

30 - Agência:  Agência:  Agência:

31 - Agência:  Agência:  Agência:

32 - Agência:  Agência:  Agência:

33 - Agência:  Agência:  Agência:

34 - Agência:  Agência:  Agência:

35 - Agência:  Agência:  Agência:

36 - Agência:  Agência:  Agência:

37 - Agência:  Agência:  Agência:

38 - Agência:  Agência:  Agência:

39 - Agência:  Agência:  Agência:

40 - Agência:  Agência:  Agência:

41 - Agência:  Agência:  Agência:

42 - Agência:  Agência:  Agência:

43 - Agência:  Agência:  Agência:

44 - Agência:  Agência:  Agência:

45 - Agência:  Agência:  Agência:

46 - Agência:  Agência:  Agência:

47 - Agência:  Agência:  Agência:

48 - Agência:  Agência:  Agência:

49 - Agência:  Agência:  Agência:

50 - Agência:  Agência:  Agência:





**COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**COSERN**  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Manoel, 105 - Bairro Natal - RN, CEP 55025-290  
 (54) 3639 19000-40 | Fax: 30997014 | www.cosern.com.br

**DEBENTE DO DEBENRE**  
 RAYMEL WILSON DA SILVA  
 CPF: 012.281.234-90 | RG: 2380376287

**DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE CONSUMO**  
 RUA DOB COQUE 412-11  
 RUA DOB COQUE 412-11  
 PORTO DO MAR LT 416  
 CAROLINHA

**PERÍODO DE VALIDADE**  
 7017375865 | 09/2021  
 21/09/2021 | 04/10/2021  
 183,53

DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo T-220 49 200 kWh	01	0,126000	1,26
Consumo T-220 49 200 kWh	70	2,799600	195,97
Consumo T-220 49 200 kWh	120	7,824700	938,96
Consumo T-220 49 200 kWh	14	1,259600	17,63
Consumo T-220 49 200 kWh	20	0,172400	3,45
Consumo T-220 49 200 kWh	70	0,166200	11,63
Consumo T-220 49 200 kWh	100	0,166200	16,62
Consumo T-220 49 200 kWh	14	0,166200	2,33
Consumo T-220 49 200 kWh			25,99
Consumo T-220 49 200 kWh			2,85
Consumo T-220 49 200 kWh			1,15

TOTAL: 1244,49







**NEOENERGIA**  
**COSERN**

www.neoenergiascosern.com.br  
Ligue grátis 116

ESCALA DE ENERGIA ELÉTRICA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Memoz, 150 - Baldo, Natal - RN CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 200451990

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA CRIADA PELA LEI 10.438/02

CLASSIFICAÇÃO: E1 BAIXA RENDA COM NIS	TIPO DE FORNECIMENTO: Conv. Monofásica - Monofásica
NOME DO CLIENTE: RAFAEL RICARDO DA SILVA	<b>CODIGO DA INSTALAÇÃO</b> 0003003806
CPF 706 281 234-00 NIS 20063710387	<b>CODIGO DO CLIENTE</b> 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 CALC. ICMS (R\$)	ALÍQUOTA ICMS (%)	ICMS (R\$)	TARIFA UNIT. (R\$)
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30,00	0,14539558	4,36	0,17	4,36	18,00	0,78	0,11344200
Consumo-TUSD 30_100	KWH	70,00	0,24874958	17,44	0,68	17,44	18,00	3,13	0,19447200
Consumo-TUSD 100_220	KWH	120,00	0,37387437	44,86	1,35	44,86	18,00	8,10	0,29170800
Consumo-TUSD 0_220	KWH	81,00	0,41541588	25,34	1,00	25,34	18,00	4,56	0,32412000
Consumo-TE 0_30	KWH	30,00	0,12684470	3,79	0,14	3,79	18,00	0,68	0,08891200
Consumo-TE 30_100	KWH	70,00	0,21710521	15,19	0,59	15,19	18,00	2,73	0,16939200
Consumo-TE 100_220	KWH	120,00	0,32585781	39,07	1,54	39,07	18,00	7,03	0,25408800
Consumo-TE 0_220	KWH	81,00	0,36184202	22,07	0,88	22,07	18,00	3,97	0,28232000
Urn Pub Municipal				10,74					
CMS-Parc Subvencio				11,02					
Multa-NF 088008234				2,88					
Juros-NF 088008234				0,76					
PCA-NF-088008234				0,47					
<b>TOTAL DA FATURA</b>				<b>198,86</b>					

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 04/04/2023 18:49:20  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23040418492073800000092696900>  
Número do documento: 23040418492073800000092696900

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA CRIADA PELA LEI 10.438/02

CLASSIFICAÇÃO: <b>E1 BAIXA RENDA COM NIS</b>	TIPO DE FORNECIMENTO: <b>Gen. Monofase - Monofásico</b>
---	--

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
<b>01/2023</b>	<b>198,86</b>	<b>23/01/2023</b>



Nota fiscal nº 091219587 SERIE ÚNICA 000 DATA DE EMISSÃO 02/01/2023  
Consulta 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
	<b>02/12/2022</b>	<b>02/01/2023</b>	<b>31</b>	<b>02/02/2023</b>

ITENS DE FATURA	UNID.	QUANT.	PREÇO UNIT. COM TRIM. (R\$)	VALOR (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	BASE CALC. ICMS (R\$)	ALÍQUOTA ICMS (%)	ICMS (R\$)	TARIFA UNIT. (R\$)
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30.00	0.14538558	4.36	0.17	4.36	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	44.86	1.35	44.86	18.00	8.10	0.29170800
Consumo-TUSD 0_220	KWH	61.00	0.41541588	25.34	1.00	25.34	18.00	4.56	0.32412000
Consumo-TE 0_30	KWH	30.00	0.12884470	3.78	0.14	3.78	18.00	0.68	0.09881200
Consumo-TE 30_100	KWH	70.00	0.21710521	15.19	0.59	15.19	18.00	2.73	0.18939200
Consumo-TE 100_220	KWH	120.00	0.32585781	39.07	1.54	39.07	18.00	7.03	0.25408800
Consumo-TE 0_220	KWH	61.00	0.38184202	22.07	0.88	22.07	18.00	3.97	0.28232000
Lim. Pub. Municipal				10.74					
CMS-Parc. Subvencio				11.92					
Multa-NF 088008234				2.88					
Juros-NF 088008234				0.75					
PCA-NF-088008234				0.47					
<b>TOTAL DA FATURA</b>				<b>198,86</b>					

HISTÓRICO DE CONSUMO		TRIBUTO	BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$)
Consumo FATURADO	kWh Dias Fat	PIS/COFINS	141,13	0,87	1,22
			141,13	0,98	1,38



TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA CRIADA PELA LEI 10.438/02

CLASSIFICAÇÃO: E1 BAIXA RENDA COM NIS	TIPO DE FORNECIMENTO: Genr. Monofásica - Monofásico
--	--

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  
Consulta 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 CALC. ICMS (R\$)	ALÍQUOTA ICMS (%)	ICMS (R\$)	TARIFA UNIT. (R\$)
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30.00	0.14538558	4.36	0.17	4.36	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	44.86	1.35	44.86	18.00	8.10	0.29170800
Consumo-TUSD 0_220	KWH	61.00	0.41541588	25.34	1.00	25.34	18.00	4.56	0.32412000
Consumo-TE 0_30	KWH	30.00	0.12884470	3.78	0.14	3.78	18.00	0.68	0.09881200
Consumo-TE 30_100	KWH	70.00	0.21710521	15.19	0.59	15.19	18.00	2.73	0.18939200
Consumo-TE 100_220	KWH	120.00	0.32585781	39.07	1.54	39.07	18.00	7.03	0.25408800
Consumo-TE 0_220	KWH	61.00	0.38184202	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					
<b>TOTAL DA FATURA</b>				<b>198,86</b>					

HISTÓRICO DE CONSUMO		TRIBUTO	BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA (%)	VALOR (R\$)
Consumo FATURADO	kWh Dias Fat	PIS/COFINS	141,13	0,87	1,22
			141,13	0,98	1,38





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 17426 /2020

Admissão: 11/10/2020 21:18:50

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: 12488872485 Prof:
Mãe: EDILEUZA JERONIMO ROSA Pai: JOSE RICARDO DA SILVA
Logradouro: SITIO LOGRADORO, 1
CEP: 59868000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: PORTO DO MANGUE
Telefone: 84 33560088 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
Origem: AMBULANCIA OUTRO \*Empresa:

Table with columns: OBS: PORTO DO MANGUE, Classificação: 11/10/2020 21:08:40, PESO:, and a grid for vitals (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

Di e Hora:
Vítima de colisão moto x moto.
Alcoolizado. Espúrios. FC = 55 bpm
SO2 = 94%. FCC em frente.
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 8/12/21
SAMF ARQUIVO
MATRICULA Nº 1667724

Diagn. Inicial: Assin:

PRESCRIÇÃO:
R5 200ml IV.
Parecer NOR/BMF.
Proc - 0432040166
CID - S.27.0
Exame F. Pichêiro
21:30 Manuseio
Paciente vítima de colisão moto x moto, sem capacete, ingêsto estívia
Admitido em ECG 4, pupilas midriáticas, lesão costal esquerda frontal e
TK de crânio ASDA FIPa eq, com DLM 11 mm, cisterna
Analisado: Ed. I. III comissuras TCE grossas.
\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)
CID Proc. Data: / /20. Hr: Médico:
Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 11 de Outubro de 2020.

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

Assinatura e Carimbo do médico responsável.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

LEONARDO DA SILVA

124.969.774-08

131011 01 55 2020 4 00002 164 0000334 13

MASCULINO RACIA BRANCA DOCTEIRO 37 ANOS

INSCRIPÇÃO Nº 100.741.839-117-9787 ESTADO RN

RESIDÊNCIA: JOSE RICARDO DA SILVA, RESIDENTE MARÍTIMO EDILUZA JERONIMO ROSA, NATURAL DE TELMO MARINHO, RESIDENTE MARÍTIMO RIO DOCE - PORTO DO MANGUE RN

DATA DO ÓBITO: Quinta, 07 de Outubro de 2020, às 10:37h

HOSPITAL: PARCISO MATA

CAUSA DA MORTE: HEMORRAGIA SUBDURAL - TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO, AÇÃO CONTUNDENTE

CEMITÉRIO PÚBLICO DE PORTO DO MANGUE RN ANOREA JERONIMO ROSA - RG 002.716.575 - ITER - RN

DIÁRIO: GIOVANI DOS ANJOS CERTOSIMO - 955

Este autor não deixou bens a inventariar, não deixou testamento, não deixou filhos

NOME DO DOENTE	LOCAL DO ÓBITO	DATA DO ÓBITO	CAUSA DA MORTE	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE NACIONALIDADE
LEONARDO DA SILVA	HOSPITAL PARCISO MATA	07/10/2020	HEMORRAGIA SUBDURAL - TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO, AÇÃO CONTUNDENTE	07/10/1983	BRAZIL

Certidão Única de Porto do Mangue  
O certidão de óbito e expedida à luz do Protocolo Municipal nº 27 de Outubro de 2020, sob a supervisão do Conselho Municipal de Registro Civil e do Conselho Municipal de Defesa do Cidadão.

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 04/04/2023 18:49:20  
Data: 04/04/2023 18:49:20  
RN20201101550008810AJ



MUNICÍPIO DE PORTO DO MANGUE - RN  
Nº 0000107131





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  
PARÇA      SOLTEIRO, 21 ANOS

NACIONALIDADE  
AREIA BRANCA/RN      DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
003.787.879 ITEP/RN      ELEITOR  
SIM

LOCAL DE RESIDÊNCIA  
JOSE 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 FALLECIMENTO  
Quinta, 15 de Outubro de 2020 AS 12:27      DIA      MES      ANO  
15      10      2020

LOCAL DO FALLECIMENTO  
HOSPITAL TARCISIO MAIA

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

MUNICÍPIO DE INTERVENÇÃO (previsto e previsto, se contrário)      DECLARANTE  
CEMITÉRIO PÚBLICO DE PORTO DO MANGUE/RN      ANDREA JERONIMO ROSA - RG:002.710.579 ITEP - RN

NOME E NOME DO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO  
Dra(a) GIOVANI DOS ANJOS CERSOSIMO - 5606

AVERSÃO(S) NOTÁVEIS A ADICIONAR

Era eleitor, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento, não deixou filhos.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	DATA DE EMISSÃO	ÓRGÃO EMITIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	003.787.829	10/07/2019	ITEP	
CPF	200.971.030	10/07/2017	SEC	
Passaporte				
Cartão Nacional de Saúde				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA DE RESIDÊNCIA	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	034103371190	9N0304	BARRAUNA	RN
CEP Residência	59268-000		Grupo Sangramas	

As anotações de cadastro acima não determinam a posse definitiva de propriedade de determinado imóvel, apenas o registro de posse de direito usufrutuário.

Modelo de Tabela e Anexos em conformidade com o Art. 5.º da Lei 12.027 de 26 de Setembro de 2007, Art. 10.º §1º 2ª e 3ª. São utilizadas (SENTO) - disponível para consulta em <http://www.mares.com.br/registro/cadastros>

**Cantório Único de Porto do Mangue**  
 CNPJ 06F-11.480.704/0001-10 - Email: [cantoriounico@rn.gov.br](mailto:cantoriounico@rn.gov.br)  
 Av. José de Sá, 81 - Centro - CEP: 59268-000 - Fone: (84) 3093.3107  
 Poder Judiciário do RN  
 Selo Digital de Fiscalização  
 Iserno  
 RN2020113101100008510AJ  
 Confira em: <https://selodigital.tjn.jus.br>

O conteúdo da certidão é verdade e dou-lo  
 Porto do Mangue/RN, 27 de Outubro de 2020  
 Livia Karina Rodrigues de Almeida Gomes  
 PP - Tabelada Autorizada do Registro Civil das Pessoas Naturais

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 04/04/2023 18:49:20  
 https://pje1g.tjn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23040418492073800000092696900  
 Número do documento: 23040418492073800000092696900





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 Elezer 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

ENVIOLVIDO(S)

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

Documentos(s)

RG: 003787529

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  
Profissão: Do Lar  
Nasc: 02/02/1965 Idade: 35

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Edileuza Jeronimo Rosa

Naturalidade: Mossoró - RN

Nome do Pai: Joao Maria Santa Rosa

Documentos(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

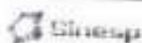
Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua jose mariano

Complemento: sitio juremal

Nº: 2



Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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) 99887-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

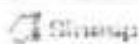
A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo 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 Tarcião Maia em Mossoró-RN. Que a vítima morreu no Hospital Tarcião Maia no dia 15/10/2020 às 16:00. Nada mais disse.

ASSINATURAS

  
José Josué Costa Faustino  
Fiel da Polícia  
Mossoró 517 23-1-9  
R. Joaquim de Melo, 100

  
Andrea Jerônimo Rosa  
Cam. 1140

Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de gerenciamento de processos eletrônicos da Polícia Civil do Rio Grande do Norte. Qualquer alteração ou modificação neste documento deve ser feita manualmente pelo usuário responsável pelo processo.



Impresso por: José Josué Costa Faustino  
Data de impressão: 16/10/2020 14:34:39

Página 2 de 7

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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 Elezer 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

1527: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVIOLADO(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

Documentos(s)

RG: 003787529

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: 02/02/1965 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

Documentos(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

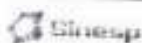
Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua jose mariano

Complemento: sitio juremal

Nº: 2



Impresso por: José Josué Costa Faustino

Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 04/04/2023 18:49:20

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23040418492073800000092696900>

Número do documento: 23040418492073800000092696900

Num. 98146592 - Pág. 58

Pág. Total - 58



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 Eleizer 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)**

<b>Nome Civil: LEONARDO DA SILVA (VÍTIMA)</b>			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/07/1998	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

<b>Nome Civil: ANDREA JERONIMO ROSA (COMUNICANTE)</b>			
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: Jose Maria Santa Rosa		

**Documento(s)**

RG: 2710579

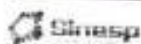
CPF: 084.135.964-40

**Endereço**

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua Jose mariano

Complemento: sitio Juremal



Impresso por: José Josué Costa Freixo  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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) 99667-5780 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

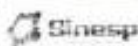
A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo 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  
Atribuição de Polícia  
Matrícula 207.334/8  
Poderes conferidos pelo Ato de Investimento

Andrea Jerônimo Rosa  
Comunicante

Este documento eletrônico foi gerado automaticamente pelo sistema de gestão de processos eletrônicos do Poder Judiciário do Rio Grande do Norte, em conformidade com o disposto no artigo 10º, inciso III, da Lei nº 11.343/2006, e no artigo 10º, inciso III, da Lei nº 11.343/2006, e no artigo 10º, inciso III, da Lei nº 11.343/2006.





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do pedido no IML: **1824-868 724-85** 3 - Nome completo do segurado: **Bernardo da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ÚLTIMA/REPRESENTANTE LEGAL) - CUNILAB SUSEP Nº 011/2020

4 - Nome completo do Representante Legal: **José Ricardo da Silva** 5 - Nº do documento: **627.220.004-02**

6 - Profissão: **agricultor** 7 - Rua: **Rua das Coqueiras** 8 - Número: **01** 9 - Complemento:

10 - Cidade: **Pinto da Mangue** 11 - Estado: **RN** 12 - CEP: **53.668-000**

13 - E-mail: **seguroscampina@gmail.com** 14 - Telefone: **(84) 99972.5645**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 anexa (ANEXAR CÓPIA):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:  RECEIU 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 ATE R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR OU TUTOR)

CONTA POLIARCA (apenas para os bancos abaixo. Não vale para o BN)  CONTA CORRENTE (de qualquer banco)

Bradesco (237)  Itaú (243)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: **NU Pagamentos S/A**

AGÊNCIA:  CONTA:  ABÊNCIA:  CONTA:

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/avulsão do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo-a 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, autoriza a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos termos que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e pagamento 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 não apresentei/verei de apresentar o laudo do IML (Instituto Médico Legal - IML) para os fins de representação de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.190/74), 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.

Na data e no momento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e na apresentação do laudo do IML, compreendendo, desde já, em seu conteúdo, a análise médica gerencial, pelo beneficiário, a qual a Seguradora Líder deve verificar a existência e a qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6º, III, da Lei nº 8.190/74.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou médica em direito de continuar a avaliação médica, após a data de do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE GRUPO DE BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **15/10/2020**

25 - Grau de parentesco com a vítima: **genitor** 26 - Vítima desceu companhia:  Sim  Não 27 - Se a vítima desceu companhia, informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tenha filhos, informar nome(s) e idade(s):  Sim  Não 30 - Vítima possui outro(s) beneficiário(s):  Sim  Não 31 - Vítima vive em:  Sim  Não 32 - Se tenha irmãos, informar nome(s) e idade(s):  Sim  Não 33 - Vítima possui outros parentes?  Sim  Não

Esta declaração é de caráter declaratório e não implica em qualquer acordo com a futura avaliação médica ou médica em direito de continuar a avaliação médica, após a data de do seu conteúdo.

IMMO INCAPACITADO

34 - Nome legal de quem assista a pedido (a rigor):

35 - CPF legal de quem assista a pedido (a rigor):

36 - Assinatura de quem assista a pedido (a rigor):

37 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

38 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

*L. Moreira - 06 de Janeiro de 2022*



11:17 AM



José

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

Seguro de Vida >

Notificações >

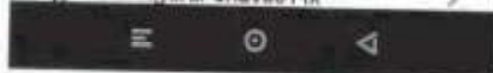
Me ajuda >

Editar dados do Perfil >

Segurança >

Open Finance >

Configurar chaves Pix >



# 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: 627.220.004-82  
 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): (34) 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:  
 RECLUSO 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/TUTOR)

CONTA POUAPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)  
 Bradesco (237)  Raí (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank (0260)  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0004 CONTA: 25145925 4

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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Div)  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 resíduo (ou resar)?  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 do atestado.  
 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: \_\_\_\_\_  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Ricardo da Silva  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver):





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Beneficiário:  INAPTO (INTEGRO) DE BARRIGANTA MÉRICA E SUPLEMENTARES  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

1. Nº de contrato ou ROL:  2. Nº de sinistro: 124.868.72489 3. Nº do completo de vítima: Georgiana da Silva

4. NOME DO BENEFICIÁRIO (CADASTRAL) E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) (MÚLTIPLA) (MÚLTIPLA) (PRESENCIANTE LEGAL) (CONEJUGAR) (CPF Nº 812/002)

5. Nome completo: Edileusa Jônima Rosa 6. CPF: 557.301.614.53

7. Profissão: Agricultora 8. Honorário: 10 9. Complemento: 01

11. Endereço: Rio Doce 12. Cidade: Posto de Mourão 13. UF: RS 14. CEP: 99.668-000

15. E-mail: seguro-campesina@gmail.com 16. IN (16000) (R\$) 899725645

17. Nome completo do Representante Legal

18. CPF do Representante Legal

19. Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, receber ao endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DO CONTRATO:  RECEIO INTERMEDIAR  R\$1.000,00 ATÉ 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 (MÚLTIPLA) CURADOR OU TUTOR  CONTA CORRENTE (pagar em banco) Bradesco

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

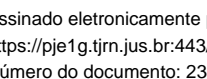
AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)

AGÊNCIA: 3320 (Instituição do órgão de origem) 3 (Instituição do órgão de destino) 76-072 (Instituição do órgão de destino)







**COMPANHIA SANEAMENTO DE PORTO ALEGRE**  
**COSERN**  
 Companhia Saneamento de Porto Alegre S.A.  
 RUA MARCOS, 105 - BRUNO BUENO - POA, CEP 91225-200  
 (51) 3033.1000 / (51) 3033.1001 / www.cosern.com.br

**CLIENTE**  
 RAFAEL WILSON DA SILVA  
 CPF: 012.281.234-90-103 23083742087

**ENDEREÇO**  
 RUA DOCE MENTIRA, 400-11  
 PORTO ALEGRE, RS

**CONTA**  
 012281234-90-103 23083742087

**PERÍODO DE COLETA**  
 21/09/2021 a 04/10/2021

**VALOR TOTAL**  
 183,53

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo T-030 400 2000m	01	0,120000	0,12
Consumo T-030 400 400 2000m	70	0,270000	18,90
Consumo T-030 400 600 2000m	100	0,250000	25,00
Consumo T-030 400 800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 1000 2000m	30	0,250000	7,50
Consumo T-030 400 1200 2000m	70	0,250000	17,50
Consumo T-030 400 1400 2000m	100	0,250000	25,00
Consumo T-030 400 1600 2000m	70	0,250000	17,50
Consumo T-030 400 1800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 2000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 2200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 2400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 2600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 2800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 3000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 3200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 3400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 3600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 3800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 4000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 4200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 4400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 4600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 4800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 5000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 5200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 5400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 5600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 5800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 6000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 6200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 6400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 6600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 6800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 7000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 7200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 7400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 7600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 7800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 8000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 8200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 8400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 8600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 8800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 9000 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 9200 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 9400 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 9600 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 9800 2000m	10	0,250000	2,50
Consumo T-030 400 10000 2000m	10	0,250000	2,50





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17273461

Pag. 00139/00140 - carta\_03 - MORTE





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17273461

Pag. 00139/00140 - carta\_03 - MORTE





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17273460

Pag. 00137/00138 - carta\_03 - MORTE



## 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](http://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





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17273460

Pag. 00137/00138 - carta\_03 - MORTE



## 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](http://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 Venâncio, 150 - Balço, Natal - RN, CEP 59055-200  
 CNPJ 08.324.186/0001-81 | Fax: 35228185-0 | www.cosern.com.br

**MODALIDADE: NATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**DADOS DO CLIENTE**  
 RAFAEL RICARDO DA SILVA  
 CPF: 708.281.234-00 MS: 20083710387

**ENDEREÇO DA UNIDADE DISTRIBUIDORA**  
 RUA DOS COQUEIROS 61  
 RIO DOCE/LOGRADOURO  
 PORTO DO MANAUÉ/RN  
 56005-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 - RESIDENCIAL  
 BARRA REDONDA COM 120  
 Cid. M. Miranda - M. Miranda

**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**  
 7017375685 06/2021  
 21/08/2021 04/10/2021  
 VALOR A PAGAR (R\$) 183,53

DESCRIÇÃO DA MODALIDADE	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TURBO até 20 kWh	21,07	0,00	0,12839028
Consumo-TURBO superior a 20 até 100 kWh	70,30000000	0,00	0,21858000
Consumo-TURBO superior a 100 até 320 kWh	120,00000000	0,00	0,20837004
Consumo-TURBO superior a 320 kWh	33,00000000	0,00	0,28598877
Consumo-TS até 20 kWh	30,00000000	0,00	0,11354108
Consumo-TS superior a 20 até 100 kWh	70,30000000	0,00	0,16484342
Consumo-TS superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,00	0,28199913
Consumo-TS superior a 220 kWh	33,00000000	0,00	0,50443671
Atividade Básica VERMELHA			34,68
Contrib. Imp. Pública Municipal			8,85
ICMS-Parceira Subcontratada			11,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>183,53</b>



## 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](http://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 Cidade: PORTO DO MANGUE  
 CEP: 59668000 Bairro: ZONA RURAL Compl:  
 Telefone: 84.33660088

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO  
 Origem: AMBULANCIA OUTRO \*Empresa:

OBS: PORTO DO MANGUE							Classificação: 11/10/2020 21:06:40		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. Espúrio. 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 1667724

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<i>RS 100ml IV.</i>			
<i>Paracetamol/BMF.</i>			
<i>Proc - 0432040166</i>			
<i>CID - S.27.0</i>			
<i>Emmanuel F. Pinheiro</i>			
<i>21:30 Neurocirurgia</i>			
<i>paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, ingesto de licor</i>			
<i>Admitido com ECG 4, pupilas midriaticas, lesão costal costura frontal eq.</i>			
<i>TC de crânio ASDA FIP eq, com DLM 11mm, cisterna</i>			
<i>Lesão parietal. Cd. 1.571 com curvatura SLE gravissima.</i>			

**Romney Pereira**  
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
 Cirurgia Geral  
 CRM/RN 8362

\*SAIDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PRCC)  
 CID Proc. Data: / /20. Hr: Médico: *Pinheiro*  
 (Assinar e Carimbar)

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 11 de Outubro de 2020.

**Dr. Juliano José**  
 CRM 7389  
 Neurocirurgia



União de Alcântara  
União de Mossoró  
União de São José do Bonfim  
União de São José do Rio Preto  
União de São José do Rio Grande  
União de São José do Rio Preto  
União de São José do Rio Preto

Prontuário: 215476



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 Regina Leominho da Silva.  
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 22/10/2020

Marla Jacqueline Lacerda Soares

Coordenadora de Enfermagem  
União de São José do Rio Preto

CCIH - HRTM

DATA 22/10/2020

Acir Paulo Rezende  
Assinatura

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

RRA

SABP ARQUIVO  
MATRÍCULA: 1662724



<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
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

<b>Identificação do Paciente</b>	
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	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 33560088
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LEONARDO DA SILVA	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 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

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pré-Inte vítima de acidente de trânsito - Inconsciente</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Trat. Cirúrgico</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. Clínico + Ex. Complementares</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO	24 - CID 10 PRINCIPAL S27.0
	25 - CID 10 SECUNDÁRIO V89.4
	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC. V89.4

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 412040166/0415030043
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 - ASS. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ermance Pinheiro</i>	

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOC
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - Cód. Órgão EMISSOR
48 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF 980016001835565	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASS. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>LKRF</i> SABP ATIVO MATRICULA Nº 4662724





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 M SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CMS)

8 - DATA DE NASCIMENTO 21/07/1999

9 - SEXO

Masc.  Fem.

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

EDILENEZIL JOHANNINO DOS

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

517-0 LOBATO DO OESTE 01 - LOBOS RUM

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

POVO DO MEU

17 - CDD. IGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

#### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Jovem, 25 anos, sofreu acidente em trânsito, no ciclete, dando entrada no hospital com múltiplos ferimentos e traumas (TCE + Trauma torácico, trauma 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

Morte encefálica e politrauma

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Z52.8

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ações relacionadas a doação de órgãos

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0303012014

29 - CLÍNICA

CIRURGIAS

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

1093672007181-1613

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 SEGURO

#### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. 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)

52 - INFORMAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO MANE  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 8/12/21

*[Assinatura]*  
SANE MOSSORÓ  
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

Complemento:

CEP: 59668000

Telefone: 84 33560088 84 33560088

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: LEONARDO DA SILVA -

Usuário: FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS

Nº: 1

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: PORTO DO MANGUE

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 45

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: 1152224

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 Ermance

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: Dr. Ney

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 8 112 121

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

Pré-Operatório toracotomia  
Anestesia Endovenosa Respirometria  
Toracotomia Esférica com  
Drenagem torácica fechada  
curativos

Ermance A.  
Cam/2020





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: LEWES EXTEN SA FACE, PAVILTA ATRÁS LAC

Indicação terapêutica: de tunas

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador M. Edson JBS

1ª Auxiliar: M. Adriano

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesiista: M. Nely

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

KACA  
BANK 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

- Plano de work estender
- obstrução
- fratura
- de lesão

Edson JBS  
Dr. Edson JBS  
Cirurgião Oftalmologista  
CRC 74114





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 TUMORAL HÍGADO

Indicação terapêutica: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Início: 09:45 Fim: 10:00h Duração: \_\_\_\_\_

Operador Dr. Marcos Mendes

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Téc. Antônia

Anestesista: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SANE. MOSSORÓ 9 112121

KAD  
SANE. ARACATI  
MATRICULAD 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

Fora a pele e subcutâneo, realizou-se a dissecação  
central (h. cliv. direita), sem intercorrências. Fixado  
o cetero. Curativo

13  
10  
202

Dr. Marcos Antonio Rogério Mendes  
Cirurgia Geral - Especialista 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

		08	12	15	18	22	06
1. DIETA POR SNG PARA NEFROPATA 50ML 3/3H COM INTERVALO 00-06H (Suspensão)		08	12	15	18	22	06
2. SF 0,45% 2000ML EV PARA 24H		10	22	30	42		
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							
8. SOLUCORTEP 100MG EV 8/8H		10	18	02			
9. DIFIRONA 500 MG/ML, 01 AMP+ 8 ML AD, IV, ATE +/4 HORAS-SOS	SW						
10. OMEPRAZOL OU PANTOPRAZOL, 40MG - 01 AMP + DELUENTE IV 1X AO DIA	SW	06					
11. BROMOPRIDA 5MG/ML - 04 ML (02 AMP) + 6 ML ABD, EV 8/8H - SOS	SW						
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							

Suspensão de dieta até segunda ordem

  
 CRM 9839

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 8/11/21

  
 SAMIR 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 NEUROQUIRURGICA, COM DRENO DE TORAX ESQUERDO + AVC EM SUBCLAVIA DIREITA AO EXAME: IS GRAVE, EM IOT, SEM SEDAÇÃO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACIAMOTICO, ANCTERICO, AFEBRIL, S/EDEMAS DE MMH

**EVOLUÇÃO MÉDICA - DIURNO**

PACIENTE SEGUE MANTENDO QUADRO CLÍNICO. HEMODINÂMICA ESTÁVEL ÀS CUSTAS DE NOPRODRENALINA. 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 MIDRIATICAS, SEM RFM.

ESTREMIIDADES: QUENTES, TEC<3 SEGUNDOS, SEM EDEMAS

**CONDUITA:**

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORÓ 8/11/21

*[Assinatura]*  
 RAFAEL ASSUNÇÃO  
 MATRÍCULA Nº 7662724

*[Assinatura]*  
 Danilo Brito  
 Médico  
 5839 / RN





17/10/20

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07:00 - Recebo paciente em ME, aguardando captação de orgãos, 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 orgãos ————— x ————— x ————— Viviane 1439763-

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

12:27 Saida da cirurgia. ————— Marcia

13:19 Complemento. ————— Marcia

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

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

15:50 - Pós operatório de orgãos. Entubado, dreno em tórax, SVD para diálise. ————— Marcia 59297

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

*Krell*

SAMP AQUINO  
MATRICULA Nº 1662725



## 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](http://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](http://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

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](http://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 Eleizer 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 (VITIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/07/1998	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: 124.668.724-85

## 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: Edilauza Jeronimo Rosa		Nome do Pai: Jose Maria Santa Rosa	

## Documento(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

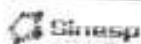
## Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua Jose mariano

Complemento: sitio Juremal

Nº: 2



Impresso por: José Josué Costa Feudino  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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 18:00. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.334/2  
Prisado pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa  
Comunicante

\* Este prazo não se aplica em casos de crimes transacionados pelo Juiz, após a assinatura e envio dos autos eletrônicos para o promotoria para análise e relatório que não se aplica, conforme previsto nos Artigos 232-Denúncia Calamitosa e 240-Comunicação Falta de Crime ou de Condição do Crime Penal, Simulada.







Nota Fiscal - Fatura - Conta de Energia Elétrica

**COSERN**  
Companhia Energética da Rio Grande do Norte  
Rua Manoel, 100 - Bolo Azul - RN, CEP 58020-200  
CNPJ 08.304.196/0001-81 (Insc. Est. 28/98199-9) www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
RAFAEL RICARDO DA SILVA  
CPF: 705.281.234-00/NIS: 22085740387

**ENDEREÇO DA UNIDADE DESEMPENHADA**  
RUA DOS COQUEIROS 01  
RIO COQUELAGRADURO  
PORTO DO MANUE RN  
59668-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA REVENHA COM NIS  
Coxi Média - Residência

**INSCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL**

INSCRIÇÃO FISCAL	UF	EMISSÃO
085231101	RN	02/09/2021
02083221	RN	02/09/2021

INSCRIÇÃO FISCAL	UF	EMISSÃO
7017375665	RN	09/2021
21/09/2021		04/10/2021

VALOR TOTAL: 183,53

DESCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	20,07	0,00	1,64
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	73,000000	0,2185000	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 120 kWh	120,000000	0,3281900	39,52
Consumo-TUSD superior a 120 kWh	39,000000	0,3688871	14,37
Consumo-TE até 33 kWh	30,000000	0,1125400	3,40
Consumo-TE superior a 30 até 120 kWh	70,000000	0,1948342	13,62
Consumo-TE superior a 120 até 222 kWh	120,000000	0,2916681	35,03
Consumo-TE superior a 220 kWh	30,000000	0,3264633	12,86
Arbitragem Arbitral VERVEI SA			24,88
Contribuição Pública Municipal			8,85
CMS Pauta Subvencionada			11,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>183,53</b>

REMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  D&MS (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: 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 Mangues 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

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 discordo 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 resíduo (herança)?  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 atestada

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: ANA, 20 de Dezembro de 2020

José Ricardo da Silva 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





Nota Fiscal - Fatura - Conta de Energia Elétrica

**COSERN**  
Companhia Energética da Rio Grande do Norte  
Rua Manoel, 100 - Bolo Azul - RN, CEP 58020-200  
CNPJ 08.304.196/0001-81 | Insc. Est. 28/98199-9 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
RAFAEL RICARDO DA SILVA  
CPF: 705.281.234-00 / NIS: 22085740387

**ENDEREÇO DA UNIDADE DESEMPENHADA**  
RUA DOS COQUELOS 01  
RIO COQUELAGRADURO  
PORTO DO MANUE RN  
59668-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
R1 RESIDENCIAL  
BAIXA REVENHA COM NIS  
Cnpj: 08.304.196/0001-81

**INSCRIÇÃO DE UNIDADE DESEMPENHADA**  
7017375665 09/2021  
21/09/2021 04/10/2021  
VALOR A PAGAR: 183,53

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,1262805	3,79
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21859003	15,30
Consumo-TUSD superior a 100 até 120 kWh	120,00	0,32817004	39,38
Consumo-TUSD superior a 120 kWh	39,00	0,3888871	15,07
Consumo-TE até 33 kWh	30,00	0,11254133	3,38
Consumo-TE superior a 30 até 120 kWh	70,00	0,1948342	13,64
Consumo-TE superior a 120 até 222 kWh	120,00	0,28166813	33,80
Consumo-TE superior a 220 kWh	39,00	0,32646373	12,73
Arbitragem Bandeira VERMELHA			24,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,85
CMS Pauta Subvencionada			11,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>183,53</b>

REMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

Nome:  
**LEONARDO DA SILVA**

CNPJ  
**124.868.724-85**

Matrícula  
**131011 01 55 2020 4 00002 164 0000334 13**

Sexo: **MASCULINO** Estado Civil: **PAREADO** Idade: **SOLTEIRO, 21 ANOS**

Nacionalidade: **AREIÁ BRANCA/RN** Documento de Identificação: **003.787.829 ITEP/RN** Eleitor: **SIM**

Filiação e residência:  
**JOSÉ RICHARDO 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 às 12:27** Dia: **15** Mes: **10** Ano: **2020**

Local de falecimento: **HOSPITAL TARCISIO MAIA**

Causa da morte: **HEMATOMA SUBDURAL, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE**

Repulatório ou cremação (principal e eventual) e local: **CEMITÉRIO PÚBLICO DE PORTO DO MANGUE/RN** Obituario: **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 - 5595**

Averbação de heranças e acretores:  
**Era eleitor, não deixou bens a inventariar, não deixou testamento, não deixou filhos.**

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EMISSÃO	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE VALIDADE
RG	003.787.829	10/02/2018	ITEP	
PIS/PASEP	20089710590	10/03/2017	SEC	
Passaporte				
Cartão Nacional de Saúde				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA DE CRIAÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	134035271660	09/01/04	PARAÍBA	RN
CEP Residente	70068-010		Grupo Sanguíneo	

As alterações do Cadastro serão não disponíveis a partir da consulta de comparação de documento original, sendo exigido pelo órgão emissor.

Forma de taxa e emolumentos conforme Lei nº 534, de 10 de dezembro de 1997, Art. 30 §1º, 2º e 3º, sendo utilizado ISENTO - Gratuito para consulta em: <http://www.rnnet.com.br/vc/rn/isencao.asp>

**Cartório Único de Porto do Mangue**

CNPJ nº 11.485.704/0001-19 - Email: [cartorioctodomingue@nubox.com](mailto:cartorioctodomingue@nubox.com)

Elislan Farias Duarte  
RG: 003.140.000/0001

Rua José de Sá, 81 - Caixa - CEP 56.084-300 - Fone (84) 3370-2343

O conteúdo da certidão é verdade e foi lá Porto do Mangue/RN, 27 de Outubro de 2020  
Julia Elissa Rodrigues de Almeida Gomes

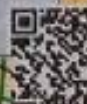
Substitua Autorizada do Registro Civil das Pessoas Naturais



Podar Judiciário do RN  
Selo Digital de Fiscalização  
Isento

**RN2020113101100008610AJ**

Confira em: <https://seledigital.tjn.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: Renando 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: Ediluzza Jeronimo 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 dos Mangue 13 - Estado: RN 14 - CEP: \_\_\_\_\_  
15 - E-mail: amseguros@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. Ative uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (341)  
 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?  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou resíduo (valores)?  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Não

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

34 - Imprescindível: 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: Abreú - RN, 20 de dezembro de 2021.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Ediluzza Jeronimo Rosa  
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 Eleizer 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 (VITIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/07/1998	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: 124.668.724-85

## 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: Edilauza Jeronimo Rosa		Nome do Pai: Jose Maria Santa Rosa	

## Documento(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

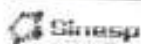
## Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua Jose mariano

Complemento: sitio Juremal

Nº: 2



Impresso por: José Josué Costa Feudino  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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 18:00. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.3542  
Prisado pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa  
Comunicante

\* Este boletim de ocorrência é emitido em nome da Polícia Civil do Rio Grande do Norte, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia, e não possui validade jurídica, sendo apenas um documento de registro de fato, conforme previsto nos Artigos 22-Denúncia Calamidade e 240-Comunicação Falta de Crime ou de Condição de Crime, Penal, Brasileiro.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DABS (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: 627.220.004-82

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua dos Loquinhos 9 - Número: 01 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Rio Doce 12 - Cidade: Ponto dos Mangues 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

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 discordo 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?  Não  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?  Não  Sim 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital de 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e data: ANA, 20 de Dezembro de 2020

José 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 Eleizer 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 (VITIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/07/1998	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: 124.668.724-85

## 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: Edilauza Jeronimo Rosa		Nome do Pai: Jose 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



Impresso por: José Josué Costa Feudino  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

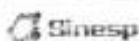
A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo 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 18:00. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.334/2  
Prisado pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa  
Comunicante

\* Este boletim de ocorrência é emitido em nome do Estado do Rio Grande do Norte e não possui validade jurídica para fins de processo penal, conforme previsto nos Artigos 232-Denúncia Calamitosa e 240-Comunicação Falta de Crime ou de Condição do Crime Penal, do Código Penal Brasileiro.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DADS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 124.868.724-85 4 - Nome completo da vítima: Renando 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: Ediluzza Jeronimo 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 dos Mangue 13 - Estado: RN 14 - CEP: \_\_\_\_\_  
15 - E-mail: amseguros@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. Ative uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3226 3 CONTA: 0076072 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 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 resíduo (valores)?  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 - Imprescindível: 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: Abreú-RN, 20 de dezembro de 2021.

Ediluzza Jeronimo 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 Eleizer 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 (VITIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/07/1998	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: 124.668.724-85

## 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: Edilauza Jeronimo Rosa		Nome do Pai: Jose Maria Santa Rosa	

## Documento(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

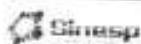
## Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua Jose mariano

Complemento: sitio Juremal

Nº: 2



Impresso por: José Josué Costa Feudino  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

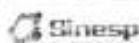
A comunicante informa que a vítima foi ultrapassar um veículo e acabou acertando um buraco que tinha na estrada e acabou perdendo o controle da moto e caiu no chão, outra moto conduzida pelo irmão da vítima que vinha atrás da vítima acabou colidindo com a vítima que já estava caída no chão; Que o veículo 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 18:00. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.334/2  
Prisado pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa  
Comunicante

\* Este boletim de ocorrência é emitido em nome da Polícia Civil do Rio Grande do Norte, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia, e não possui validade jurídica, sendo apenas um documento de registro de fato, conforme previsto nos Artigos 22-Denúncia Calamidade e 240-Comunicação Falta de Crime ou de Condição de Crime, 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 Eleizer 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 (VITIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/07/1998	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: 124.668.724-85

## 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: Edilauza Jeronimo Rosa		Nome do Pai: Jose Maria Santa Rosa	

## Documento(s)

RG: 2710579

CPF: 084.135.964-40

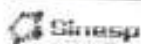
## Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: rua Jose mariano

Complemento: sitio Juremal

Nº: 2



Impresso por: José Josué Costa Feudino  
Data de Impressão: 16/10/2020 14:34:30

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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 18:00. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino  
Agente de Polícia  
Matrícula 207.334/2  
Prisado pelo Atendimento

Andrea Jerônimo Rosa  
Comunicante

\* Este boletim de ocorrência é emitido em nome da Polícia Civil do Rio Grande do Norte, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia, e não possui validade jurídica, sendo apenas um documento de registro de fato, conforme previsto nos Artigos 220-Denúncia Calamidade e 240-Comunicação Falsa de Crime da Lei de Organização do Código Penal Brasileiro.





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00295/00296 - carta\_16 - MORTE



Carta nº 17214509





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00295/00296 - carta\_16 - MORTE

00010148



Carta nº 17214509





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00293/00294 - carta\_16 - MORTE



Carta nº 17214508





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00293/00294 - carta\_16 - MORTE



Carta nº 17214508





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17189719

Pag. 00615/00616 - carta\_03 - MORTE





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17189719

Pag. 00615/00616 - carta\_03 - MORTE



00010308





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17189718

Pag. 00613/00614 - carta\_03 - MORTE



00010307





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17189718

Pag. 00613/00614 - carta\_03 - MORTE



00010307





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Carta nº 17189718

Pag. 00613/00614 - carta\_03 - MORTE



00010307





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00591/00592 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17161002





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00591/00592 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17161002





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00589/00590 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17161001





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

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00589/00590 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17161001





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 01305/01306 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17136996





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 01305/01306 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17136996





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 01303/01304 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17136995





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 01303/01304 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17136995





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 01303/01304 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17136995





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00329/00330 - carta\_03 - MORTE

00010165



Carta nº 17135020





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00329/00330 - carta\_03 - MORTE

00010165



Carta nº 17135020





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00327/00328 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17135019





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

Pag. 00327/00328 - carta\_03 - MORTE



Carta nº 17135019

