

João Medeiros da Silva, Medico.

laudo medico

Paciente vítima de
Acidente de moto no dia 02/11/19.
c/ Traumatismo de crânio, tendo sido
submetido a tratamento cirúrgico.
Atualmente, refere perda
de memória, perda de audição,
perda de visão do olho sig

→

0603 2020

Manoel L. Fonseca
CRM 1642
CPF: 108.529.214-20

ORTOMED

Av. Senador Salgado Filho, 66, Potilândia,
Natal/RN - Fone: 84 3231.0005 / 3206.1002

Clínica
M&E

Av. Prudente de Moraes, 4178, loja 5, Shop Mall,
Lagoa Nova, Natal/RN - Fone: 84 2020.9451

CLINORT
A SUA CLÍNICA NA ZONA NORTE

Av. Dr. João Medeiros Filho, 500, Igapó
Natal/RN - Fone: 84 3674.8113

Pacientes colui son elats, do panti do chari do
 nel, rabelia. Odu deu do comu
 Assuio
 Anuicaps de pui
 G14
 Otaque en

7C olive tows & LS: mi holes
7C crane - HEDA sep. native

ALM $\times 5$ mm

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Principi di geometria

Gulha K.

Opinion

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

"ESCALA DE TENSÃO DO TRABALHADOR REVISADA - RTS"		
DESCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
	13-18	2.4
	9-12	2.3
	5-8	2.2
	4-5	2.1
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	3	2.0
	12-15	2.4
	>20	2.5
	4-10	2.2
	1-3	2.1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	60	2.0
	2-30	2.4
	31-50	2.3
	51-70	2.2
	71-90	2.1
PRESSÃO ARTERIAL DISTÓLICA	120	2.0
	90-110	2.4
	70-80	2.3
	60-70	2.2
	50-60	2.1

[illegible]

၆၆ - စတုတ္ထအကြိမ် (ကလေးများအတွက်) ဝတ်စုံ
 ၆၇ - အထွေထွေ အချက်အလက်
 ၆၈ - အထွေထွေ အချက်အလက်
 ၆၉ - အထွေထွေ အချက်အလက်
 ၇၀ - အထွေထွေ အချက်အလက်

* Reference: TEASDALE G. LEWIS T. R.
Assessment of corn and impaired
conspicuousness, a practical scale. *London*
1974.2: 91-94

— A maioria propõe a suspensão e o debate é suscitado e o que acontece acontece a seguir. E o que, há alguns dias, aconteceu, foi que a maioria propôs a suspensão e o debate é suscitado e o que acontece acontece a seguir.

SEM DOR	LEVE	Moderate	Intense	Fluor Fossil
0	1	2	3	4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonanildo do Sôlo Inda Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Hid. FTP 2Indicação terapêutica: FTD cirurgia de Hid Urgência (☒) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 03/01/19 Início: 14:30 Término: 16:45 Duração: CONFERE COM ORIGINALOperador: Dr. Sam CRM/CRO: NATAL. 25/12/191º Auxiliar: CRM/CRO: DIAT. Nº 13.123.122º Auxiliar: CRM/CRO: SAMEInstrumentador: Assinatura

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1 - Início da Hidrocefalia FTP 2
- 2 - Exame com identificação pela apun
- 3 - Hidrocefalia de tipo crônica - 01 -
- 4 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 5 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 6 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 7 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 8 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 9 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 10 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 11 - Hidrocefalia de tipo crônica
- 12 - Hidrocefalia de tipo crônica

1º - Hidrocefalia de tipo crônica

2º - Hidrocefalia de tipo crônica

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **150178 JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Prontuário:

CNS: 704509370933118

Nascimento: 23/03/1986

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pai:

Endereço: RUA PROJETADA, 1 - CONJ PROJETO CREESCE III - LAGOA DE PEDRAS

Fone: 988312676 /

Município: LAGOA DE PEDRAS

Código Municipal IBGE:

240630 UF: RN

CEP: 59244-000

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 31242 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

33 anos, relato de queda de moto ontem a noite.

Alcoolizado entrada g14 evoluiu para g15, sem déficits focais.

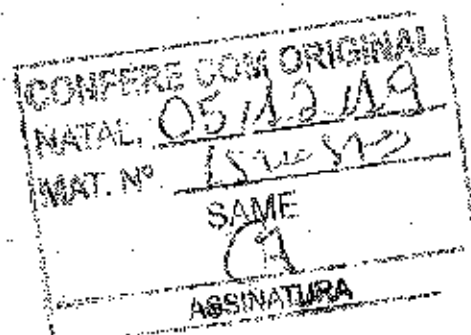
tc crânio fratura de crânio com HEDA FTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

as mesmas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC

**Diagnóstico e Procedimento Inicial:**

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL*403010276. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:

GUILHERME LUCAS DE OLIVEIRA LIMA

CRM: 5674 / RN

Data da Solicitação 03/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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

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

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **150178 JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Prontuário: _____

CNS: 704509370933118

Nascimento: 23/03/1986

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pai: _____

Endereço: RUA PROJETADA, 1 - CONJ PROJETO CREESCE III - LAGOA DE PEDRAS

Fone: 988312676 /

Município: LAGOA DE PEDRAS

Código Municipal IBGE: _____

240630 UF: RN

CEP: 59244-000

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 31242 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

33 anos, relato de queda de moto ontem a noite.

Alcoolizado entrada g14 evoluiu para g15, sem déficits focais.

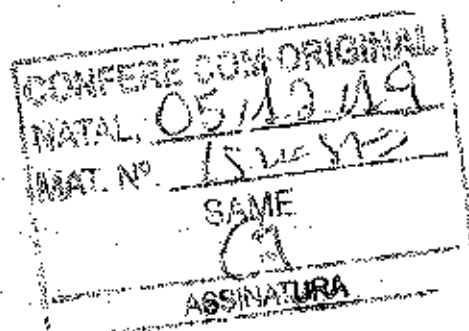
tc cranio fratura de cranio com HEDA FTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

as mesmas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC

**Diagnostico e Procedimento Inicial:**

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:

GUILHERME LUCAS DE OLIVEIRA LIMA

CRM: 5674 / RN

Data da Solicitação 03/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIM: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC de crânio, cervical,
torax e abdome

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Hf + TS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

23h30 Paciente não colabora
teste, não deixou realizar
exames.

03/11/2019 - 07h22

Continua apresentando dor
na região esquerda.Paciente realizou
TC de torax e abdome.Estável hemodinamicamente
FC: 80. ECG: II.TC de torax e abdome
costela.Aguarda avaliação da
NCR.

TC de abdome: artefato

do exame: REG, algo so

lento, ECG: II FC: 70

Abdome: Plano, flácido

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Condição: Alta da C

ESPECIALISTA 1

NCR

HORA: 2h

DATA: 02/11/19

ESPECIALISTA 2

BME

HORA: 2h

DATA: 02/11/19

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA

HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.D () I.T.P.

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10464 /2019

Prontuário: 1190524

Paciente: 150178 - JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Idade: 33 anos 7 meses 11 dias

CPF:

Dt Nasc: 23/03/1986

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do pai:

Projeto: PROJETO

Complemento:

Nº: 1

Bairro: CONJ PROJETO

CRESCER III

Telefone: 59244000

Telefone: 84 988312676 84 988312676

Cidade: LAGOA DE PEDRAS

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 10

Responsável: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS -

Responsável: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Admissão: 03/11/2019 12:49:48

Alta:

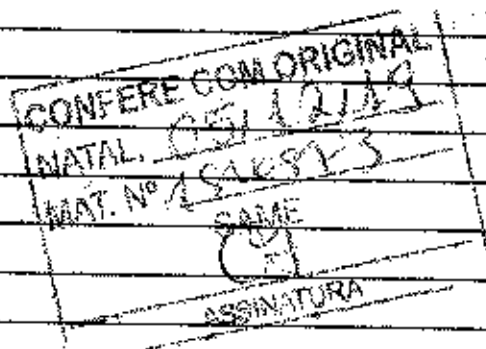
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL
D10276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



L, 03 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Identification

Nome: JOSE NILSON DA SILVA MACHADO Data: 03/11/2012
Leito: 715 Idade: 23 Data de Nasc.: 1/1/1989 Sexo: () M () F Registro: 150133
Diagnóstico(s): Data da Internação Hospitalar: 1/1/2012
Setor/Unidade de Destino: Peso:

Sétor/Unidade de Procedência: ☒ CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico
() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo de Internação na UTI:

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim

APACHE:

História Clínica

[illegible]

Avaliação Sist. Neurológico

Avaliação Sist. Neu

Abertura Ocular			Resposta Verbal	Orientado e conversando		Resposta Motora	Obedece comandos							
Ao comando verbal				Desorientado e conversando			Localização à dor							
À dor				Palavras inapropriadas			Flexão inespecífica (retirada)							
Ausente				Sons incompreensíveis			Flexão hipertonica (decoração)							
				Sem resposta			Extensão hipertonica (descerebração)							
ECG = _____			Não se aplica ()											
TCF Grave: 3 a 8 / 1 a 3														

Sedado? () Não (X) Sim SAS®

CAM-ICU** positivo()

* Sedation-Agitation Scale
Assessment Method for the Intensive Care Unit

¹⁰ Confessor.

NIH admission (se aplicável):

Hunt Hess (se aplicável):

Fisher (se aplicável):

ECG = _____ Não se aplica ()

TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupas (descrição): Muito pequenas.

Descrição de déficit motor:

Obs: _____

Rigidez de nuca: () Não () Sim

Avaliação Sist. Respiratório

☐ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal O₂ _____ L/min ☐ MV _____ % ☐ VNI
☐ TOT há _____ dias, nº _____ ☐ TQT há _____ dias, nº _____ SatO₂ 98 % FIO₂ 40 %
 Descrição do Exame Pulmonar: _____ Freq. Respir.: _____

Descrição do Exame Pulmonar:

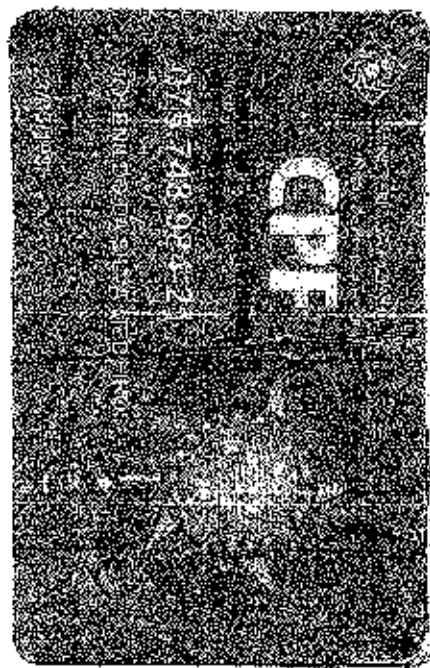
Observações:

Gasometria
(antes ou admissional)

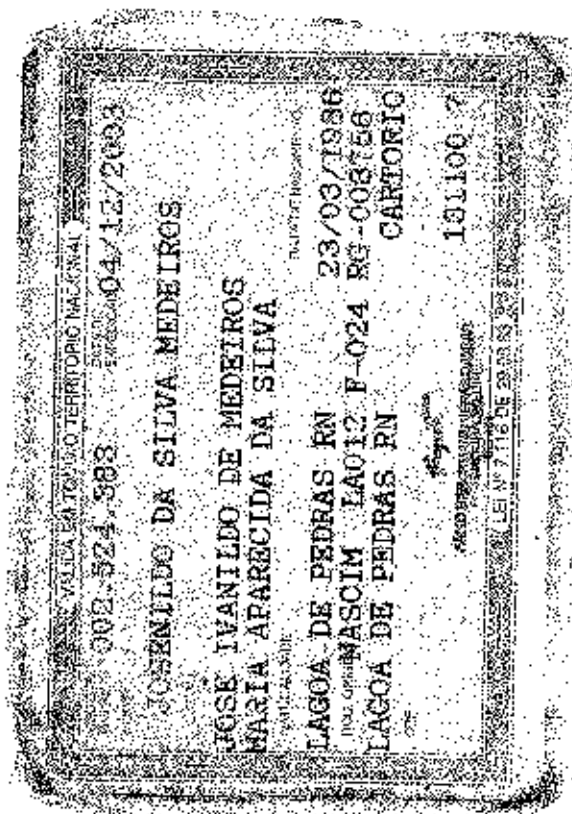
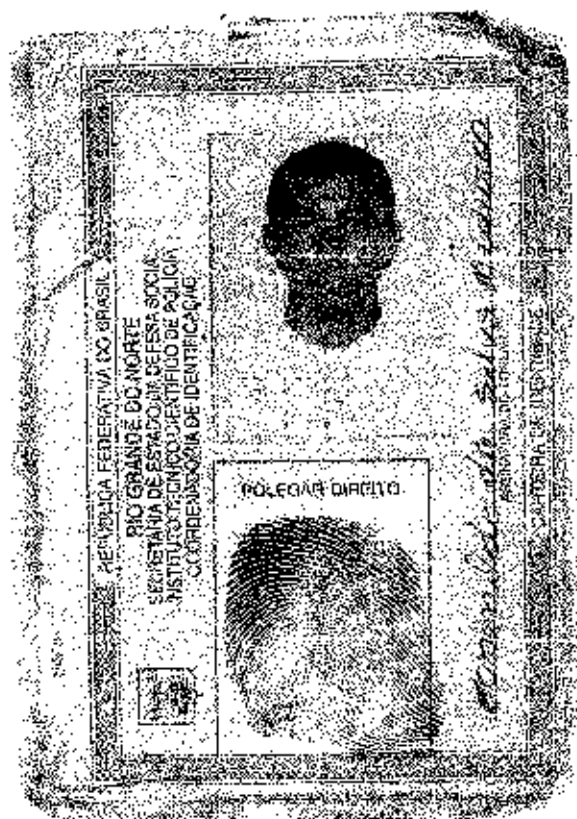
pH	PCO ₂	BE	FIO ₂
PaO ₂	HCO ₃	P50	PaO ₂ /FIO ₂

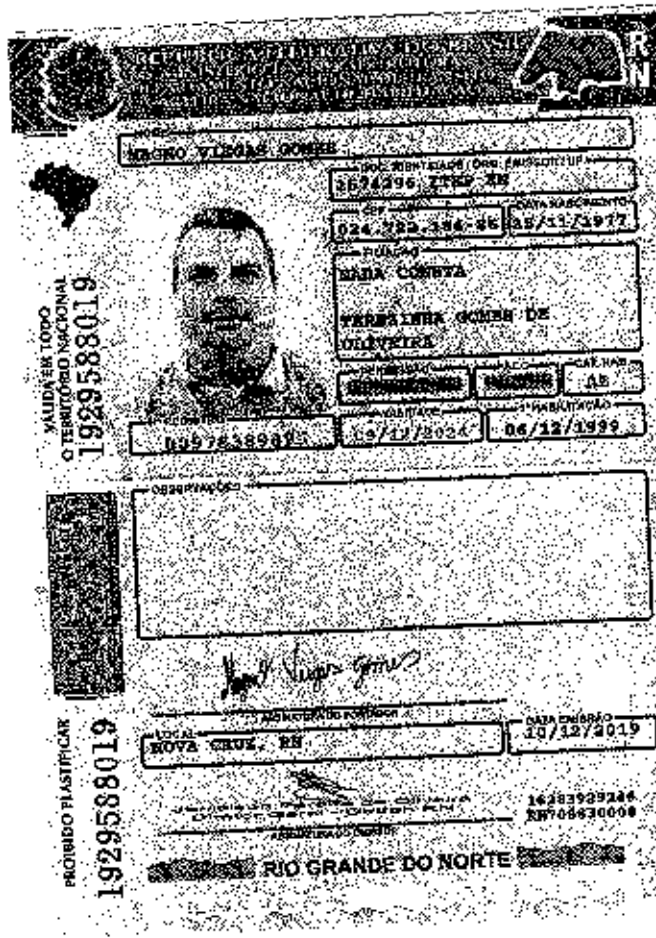
Dist. Ac/base:

6. 10. 1967 20. 10. 1967



VITIMAS





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012388340006

DETERMINAÇÃO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 012388340006

PLACA: 012388340006

DATA: 15/06/2016

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

ASSINATURA: 012388340006

FN Nº 012388340006

BLANCO DE DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

01-2016

REQUISIÇÃO LÍQUIDA - D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DESEJO D'VAT

DECLARAÇÃO

Eu JOSEMILO DA SILVA MEDEIROS portador
do RG: 002.524.383 SSP/RN CPF: 075.748.984-21,
reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica
que não tenho mas nenhuma documentação Medica Hospitalar, só a que já consta no
pleito do meu processo que são a
entrada

HOSPITAL MONTENTOR WALFEDO GEORGEL

Que demostra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao
acidente de Transito no dia 02 / 11 / 19, por isso peço a análise da
minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para
ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só
posso essas documentação medica, e que não tenho mas nenhum tipo de
documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 10 DE Março DE 2020

JOSEMILO DA SILVA MEDEIROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA.P3

Sequelas permanentes: PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.
LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO
OLHO ESQUERDO + LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA.P3

Sequelas permanentes: PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE NILDO DA SILVA MEDEIROS, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Ajudante de Depósito Data do Acidente 02.11.19
Cobertura invalidez portador(a) do RG 002.524.383, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 075.748.984-21 residente no(a)
projeto crescer nº 08
bairro: Centro, município: Lagoa de Pedra / RN.

OUTORGADO:

Nome: Magno Viagas Gomes, brasileiro(a)
estado civil: divorciado Profissão: agente de saúde portador(a) do RG
1.574.296, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 024.722.184-86 residente
no(a) projeto crescer nº 08
bairro: Centro, município: Lagoa de Pedra / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

NOVA CRUZ / RN 10.03.2020

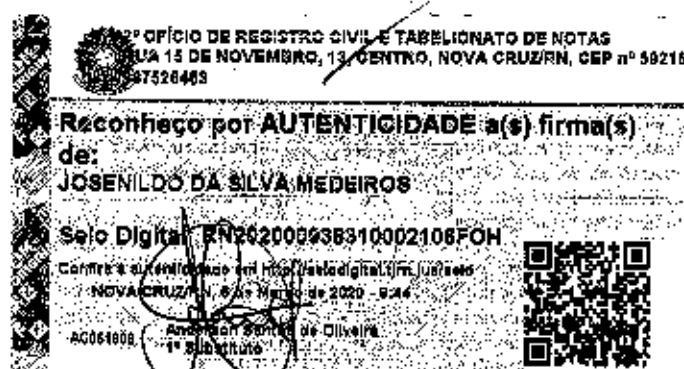
Local e Data



JOSE NILDO DA SILVA MEDEIROS

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116001/20

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

CPF: 075.748.984-21

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAGNO VIEGAS GOMES : 024.722.184-86

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

JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS : 075.748.984-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: MAGNO VIEGAS GOMES
CPF: 024.722.184-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

MAGNO VIEGAS GOMES

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

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

Multa:	R\$ 124,61
Juros:	R\$ 3,58
Total creditado:	R\$ 5.528,19

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Valor: R\$ 5.528,19

Banco: 237

Agência: 000005879-3

Conta: 000007863-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter 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 6.154/74.

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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ 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 - Imprimir e colar a foto da vítima ou beneficiário não falecido 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo) 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
Endereço: Rua Felipe Pegado Cortez, 168, Centro, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020131000011
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 08/03/2020 11:16:28
1.4 Liguu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/11/2019 18:00:00

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não

2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Urbano

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE IVANILDO DE MEDEIROS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 23/03/1986

3.13 Profissão: AJUDANTE DE DEPÓSITO

3.14 RG: 002524383 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 08

3.18 Naturalidade: LAGOA DE PEDRAS RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: CONJUNTO CRESCER 03

3.23 Cidade: LAGOA DE PEDRAS

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MYR8883

7.1.5 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA CG

7.1.8 Modelo: 125 FAN

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: CINZA

7.1.12 Tipo do veículo:

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: RAGNER GOMES DO AMARANTE

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE EM DIA, HORA E LOCAL, JÁ DESCRITOS NA OCORRÊNCIA, CONDUZIA A MOTO CITADA ACIMA, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, TENTOU ULTRAPASSAR A VÍTIMA, ATINGINDO A MOTO EM QUE ELA SE ENCONTRAVA; QUE A VÍTIMA CAIU AO SOLO DESACORDADA, SENDO QUE FICOU DEZ DIAS NO HOSPITAL WALTER DO GURGEL EM COMA, SÓ RECUPERANDO A CONSCIÊNCIA DEZ DIAS DEPOIS DE INTERNAMENTO, CONFORME RELATADO EM LAUDO MÉDICO ANEXO; QUE ACREDITA QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 08/03/2020 11:16:28

JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS
Interessado

Gerson Alves Ribeiro
Agente de Polícia Civil
Mat. 168.099-4



Polegar direito

Atendimento: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro

Impresso por: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro em 08/03/2020 11:16:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.001,00 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 POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 6.154/74.

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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ 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 - Imprimir o nome e o endereço do beneficiário não falecido: 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320014902801
VALOR TOTAL:	5.528,19

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05879

CONTA: 000000007863

Número da Autenticação



COSERN

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Moreira, 150, Bolo, Natal - RN, CEP 59085-200
CNPJ 08.334.960/0001-87 | insc. Est. 20559198-01 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SALES

CPF: 094.239.314-19 | NIS: 13538589453

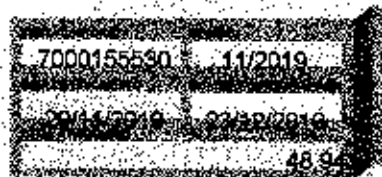
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDACOMINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROJETO CRESCER, 08

CENTRO AREA URBANA
LAGOA DE PEDRA RN
59244-000



03/05/2019 UNICA 22/11/2018

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

22/11/2018 30:0045190 20:2118

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
50,0000000	0,22179573	6,86
63,0000000	0,28672125	25,86
		0,05
		1,67



COSERN

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Moreira, 150, Bolo, Natal - RN, CEP 59085-200
CNPJ 08.334.356/0001-87 | insc. Est. 20555198-01 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SALES

CPF: 094.238.314-18 | NIS: 13538589453

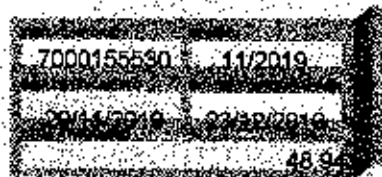
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDACOM NIS

ENDEREÇO DO CLIENTE

RUA PROJETO CRESCER, 08

CENTRO AREA URBANA
LAGOA DE PEDRA RN
59244-000



03/05/2019	UNICA	22/11/2018
22/11/2018	30:0045150	20:2118

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 90 kWh	50,0000000	0,22179573	8,85
Consumo Ativo superior a 90 até 100 kWh	63,0000000	0,28672125	25,85
Ativação Bandeira AMARELA			0,05
Ativação Bandeira VERMELHA			1,67

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu, Magnó Viegas Gomes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.722.184 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joséildo da Silva Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.748.984 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Víctima Joséildo da Silva Medeiros

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.748.984 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Projeto Eusebio</u>	Número: <u>08</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Lagoa de Pedras</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59244-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Nova Cruz RN 10.03.2020

Magnó Viegas Gomes
Assinatura do Declarante