

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta nº: 11004897

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170268118 ASL-0184441/17  
**Vitima:** JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA  
**Data Acidente:** 16/03/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARINILSON PEQUENO DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11031950

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

**Sinistro:** 3170268118 ASL-0184441/17  
**Vitima:** JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA  
**Data Acidente:** 16/03/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARINILSON PEQUENO DA SILVA

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Relativamente ao acidente ocorrido em **16/03/2017**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2016

Carta nº: 10048490

A/C: CESOU DANTAS CALDAS

Sinistro: 3160542720 ASL-1045242/16  
Vítima: CESOU DANTAS CALDAS  
Data Acidente: 02/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CESOU DANTAS CALDAS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000033**

Conta: **0000033705-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CESOU DANTAS CALDAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000033705-8

---

Nr. da Autenticação FD9DEC4F8396C94B

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Cesou Dantas Caldas  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Interventor Mário Câmara, 2313  
DIX Sept Rosado Natal RN CEP: 59032-600  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 198057  
Data local do exame: [ 11/10/2016 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO,  
NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR OBJETOS COM O  
MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGENCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM A COLOCAÇÃO DE 3 PLACAS E PARAFUSOS.**

**Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MES**

**REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM A COLOCAÇÃO DE 3 PLACAS EM FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO E PARAFUSOS, NAO FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NAO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. URAÍ DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170268118 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OMBRO E MÃO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** ESCORIAÇÕES

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170268118 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OMBRO E MÃO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** ESCORIAÇÕES

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160542720 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CESOU DANTAS CALDAS **Data do acidente:** 02/06/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em MSE

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160542720 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CESOU DANTAS CALDAS **Data do acidente:** 02/06/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A COLOCAÇÃO DE 3 PLACAS EM FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTOU COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/10/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

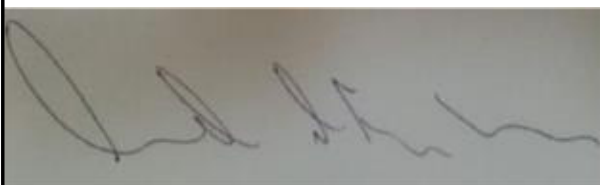
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

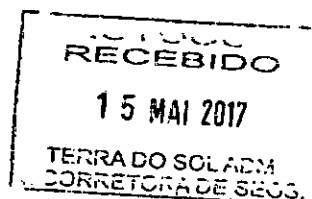
**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0118/2017**

Ocorrência: Acidente de trânsito.

Local: NA ENTRADA DO MUNICIPIO DE NOVA CRUZ/RN.

Data e hora: 16/03/2017 às 18h00min

Comunicante/vítima: JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA

RG: 1.755.951 – ITP/RN

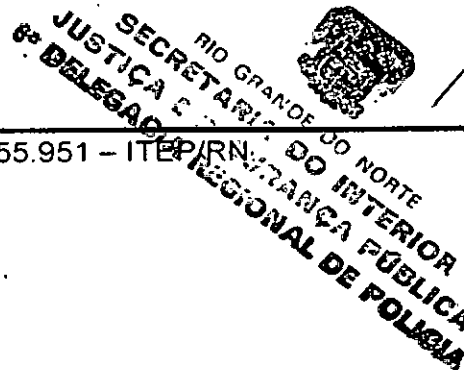
Filiação: MANOEL PEQUENO DA SILVA E CICERA MARIA

CPF: 084683827-36

Telefone: 84 9 9196 4657

Endereço: na rua Severino Augusto de Moraes nº 09, Nova Cruz/RN.

Natural: NOVA CRUZ /RN Nasc: 15/08/1976



**Histórico:** Compareceu o comunicante/vítima para informar que em data, hora e local, descritos na ocorrência estava pilotando a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS (PLACA QGJ 6110 RN) ANO FAB/MOD 2015/2015, DE COR PRETA, chassi nº 9C2JC4110FR308254 licenciada em seu nome, quando ao entrar na pista 2(duas) motocicletas colidiram na traseira da sua; que com impacto foi lançado ao solo; Que a vítima foi conduzido para o hospital MONSENIOR PEDRO MOURA em Nova Cruz/RN com fraturas de acordo ao BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE NÚMERO 12.075 EM ANEXO. Devido ao acidente sofrido A VITIMA SOLICITOU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Destina exclusivamente ao pleito perante o seguro DPVAT; nada mais disse.

Testemunhas: XXXXXXXX

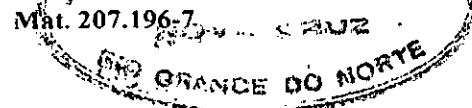
Providência (s) Adotada (s): registro de B.O e entregue a 1ª Via ao comunicante.

Nova Cruz/RN, 22/03/17

Hora: 11h40min

JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA  
ASSINATURA DO (A) COMUNICANTE

ASSINATURA E MATRICULADO (A) SERVIDOR (A)  
TINERSON GOMES CIRILO  
Mat. 207.196-7





Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Nêgôcio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.784/0001-33

Telefone: (84) 3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

12.075

Data:

16/03/77

Hora:

18:39

Nome: João Maria Pequeno da Silva

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

D.N.: 1/1 Idade: 40 Cor: P Sexo: M Estado Civil: Solteiro

RG: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Naturalidade: Nova Cruz Profissão: \_\_\_\_\_Endereço: R. Luiz Augusto de MenezesBairro: Vista do Sol Cidade: Nova Cruz UF: RN

Queixa do paciente: \_\_\_\_\_

## Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso  
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros \_\_\_\_\_

## Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico  
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

## Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica  
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia à \_\_\_\_\_ ☐ outros: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_

Respiração: \_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_

P.A.: 140x90

Peso: \_\_\_\_\_

Exame Clínico:

Acidente de trânsito

Hipótese Diagnóstica:

Droclécio M. de Lucena Filho  
CRM 3838-RN  
CRM 6433-DF

Conduta Médica

Exonerar

Atenção Ag 14  
Cabe do 14

Asser 14

Declécio M. de Lucena Filho  
CRM-3838-RN  
CRM-6433-DF

Relatório da Enfermagem

☐ Paciente recusou-se à: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinaturas:

Paciente: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

☐ Internado, no serviço de:

(neste hospital)

☐ Encaminhado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Sector: \_\_\_\_\_

☐ Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Entregue à: ☐ Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P.

Médico (a) - carimbo

Enfermeiro (a) - carimbo



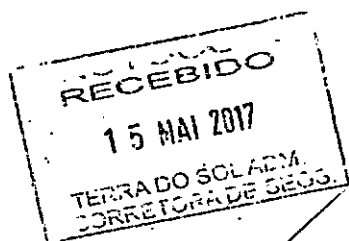
PREFEITURA DE  
**NOVA CRUZ**  
O FUTURO COMEÇA AGORA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome: João Mano Pequeno da Silva

Reclamação

Declaro para os devidos fins que o paciente  
supracitado compareceu a esta unidade  
com múltiplas escorregões no corpo, acompa-  
nhado de artalgias e mialgias.  
Atualmente aguardando Rx para  
confirmar possível fratura do ombro  
e mão.



01/03/17

Dr. Higor Guará de Assis  
RMS/BRG-2400273  
Programa Mais Médicos Para o Brasil

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGS.

DUT



RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM  
CORRETORA DE CEGOS

## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 011811377526

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

|    |             |            |           |
|----|-------------|------------|-----------|
| VA | COD RENAVAM | ENTR       | EXERCÍCIO |
| 1  | 01074988792 | 08/01/2016 | 2015      |

JOAO MARIA PEDREIRO DA SILVA

084.683.827-36

0606110

0606110/RN

0606110

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/MAO APPLICAVE GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2015

OCV/124 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

R\$ 0,00

28/01/2016

1º PAGO

A 002844 3X

R\$ 44444

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 107 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.963/0001-99

SV FINANCEIRA S.A CRED FINEC E INVEST

MOTOR: J041E1F308254

NOVA CRUZ/RN

08/01/2016

RN Nº 011811377526 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

084.683.827-36

2015

08/01/2016

01074988792

HONDA/CG 125 FAN KS

0606110

01074988792

HONDA/CG 125 FAN KS

0606110

2015

9C2J0C4110F308254

0606110

R\$ 0,00

28/01/2016

1º PAGO

A 002844 3X

R\$ 44444

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 107 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.963/0001-99

SV FINANCEIRA S.A CRED FINEC E INVEST

MOTOR: J041E1F308254

NOVA CRUZ/RN

08/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 03.248.609/0001-04

www.seguradoralider.com.br

OUT-2014