
Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº 10980716

a/c: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta n°: 10037565

A/C: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Laudo do IML - Necrópsia

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SOMPO SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

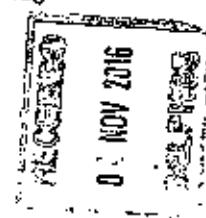
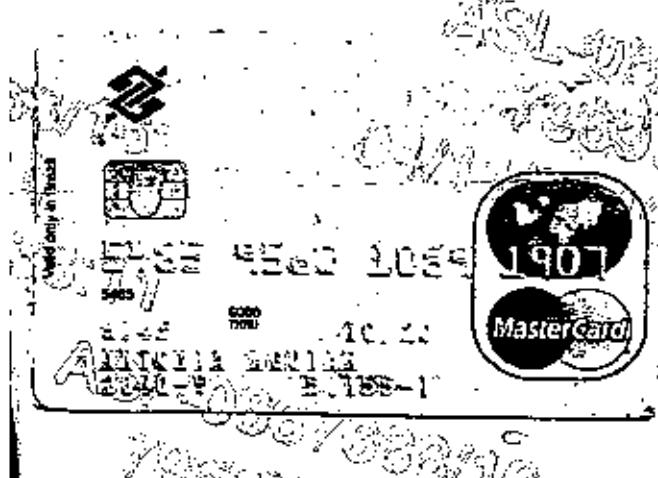
Seguradora Líder-DPVAT



Autorização do pagamento



V03144



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SE

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU Antonia Aguilar

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.014.029 EXPEDIDO POR SSPI RN EM 10/11/86 E
 CPF 336724134-72 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO apresentada
 E RENDA MENSAL DE R\$ 890,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eugenio Pedro Aguilar, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2640-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5.155-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

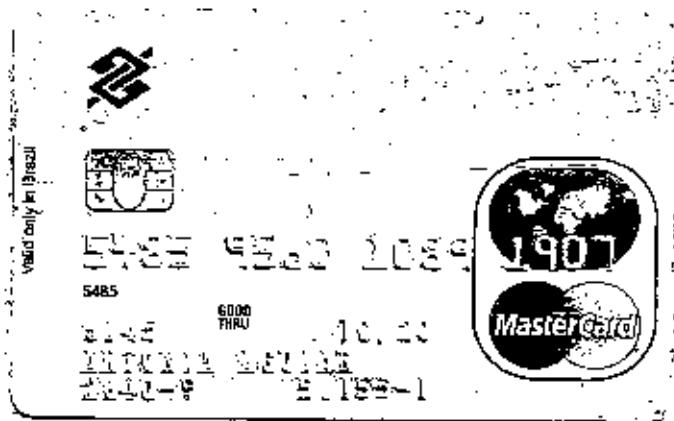
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

12 de Abril de 2016
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SE

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU Antonia Aguilar

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.014.029 EXPEDIDO POR SSPI RN EM 10/11/86 E
 CPF 336724134-72 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO apresentada
 E RENDA MENSAL DE R\$ 890,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eugenio Pedro Aguilar, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2640-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5.155-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

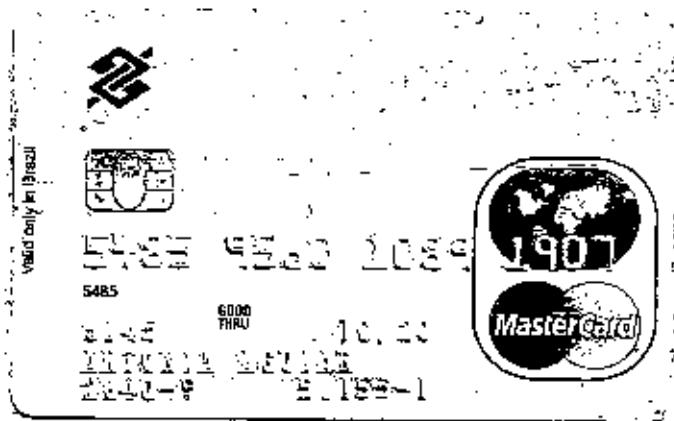
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

12 de Abril de 2016
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

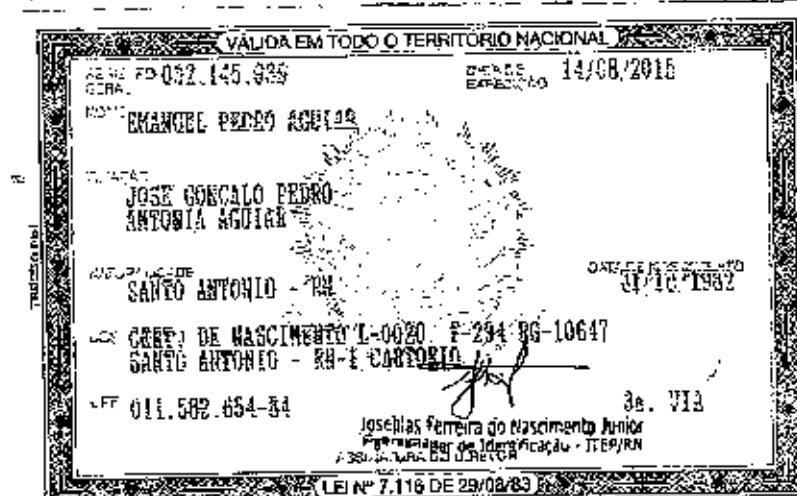
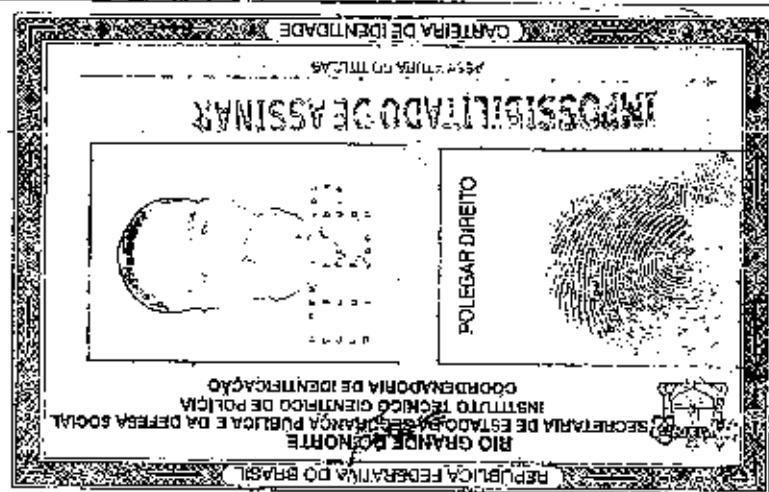




•०८१ २

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
PLACAR:	1.014.029
DATA:	10.11.1986
ANTONIA AGUIAR	
MANOEL AGUIAR, DR. NASCIMENTO FILHO	
MARIA GONÇALVES DE MORAIS	
SANTA CRUZ-ES	28.04.1940
CERT. NASO-Nº 87729 LIV 18 FLS 158V	
1997-CART. DE SANTA CRUZ-ES	
-236-724-154-72	

14:22 22/04/2016 698257 SECTION ONE DRAFT 5



COTTON

Quinto



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
Pronto Socorro Clávis Sartório

Quinto

00281

Name:

Emanuel Pedro Afonso

Nº Registro:

Serviço:

Ne

Idade:

Letra:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Nascimento

19/10/11

TCE grave + CD (C)

- TET Não contact.

- Pseudomonas - (R) Polimixina B. (R) Cefepime -

- Cromatina flácida desviada.

20/08

cri Progresa alta (C)

21/08/11 - Sint. S. S. Multidisciplinar

22/08/11 - Evolução clínica

Int. do PRONTO-SOCORRO

Guilherme Lacerda de Oliveira
CRM-PE 3621
Neurocirurgião

24/08/11 - Exacerbante e evolução exacerbativa

União entre infecção

perfuração peritoneal

Alergia a respostas

Cat. V

Dr. Kelson Bastos
ORTOPEDISTA

22/08/11

25/08/11 - Infecção

PCT instável com dor moderada

20/08/11

Dr. Kelson Walferdo Borges
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 3621 TEOT 6434
DPE-PE 429.630-174-63

22/08/11

26/08/11 - PCT instável com dor moderada

09/09/11

Dr. Kelson Walferdo Borges
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 3621 TEOT 6434
DPE-PE 429.630-174-63

22/08/11

27/08/11

28/08/11 - Cat. V

15/09/11



Laudo

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIA AGUIAR

portador da carteira de

Identidade nº 1.074.029 e inscrito no CPF/MF sob o nº 396.134-134-72,

residente e domiciliado na RUA JOÃO MATIAS DE ARAÚJO, Nº 343,

Cidade SÃO TOSSE DO AMPÉSTRE, Estado RIO GRANDE DO NORTE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonia Aguiar
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Local e data

São José do Comptô, 13 de abril 2016

RECEBIDO

04 NOV 2016

DELPHOS



Seguradora Líder - DPVAT



MORTE

M

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Emanuel Pedro AquinoDATA DO ACIDENTE 25/05/2015 CPF DA VÍTIMA 011.582.654.64PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Antonio AquinoQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É GenitorENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Matias da Cunha 0Nº 543 COMPLEMENTO BairroCIDADE São José de Ribamar UF RN CEP 59275 000E-MAIL Maurivaneira23@outlook.com.br TELEFONE (84) 99814 9120

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

COLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNUGUE (MARIDO OU MULHER)

- CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNUGUE

- PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNUGUE (MARIDO OU MULHER)
- TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A) E O CÔNUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(O) DA VÍTIMA

- DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, Irmã, Tio(a) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/04/2016IDENTIDADE 1.014.029ASSINATURA Antônio Aquino

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13.04.16 MATR. CORREIOS 8628-012NOME Silvane Lisângia de SouzaAgente de Correios VINICIUSAssinatura Lisângia de Souza



Rio Grande do Norte

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: EMANUEL JEDNO AGUIAR

Idade 30 N° Reg. 104235616

Serviço: FISIOTERAPIA

Enf^o 2º Leito. 202

AO SERVIÇO TERAPIA OCUPACIONAL

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

PTZ encalhado por TCE apresentando DOLOR FLORAL DE MASSA E FLEXÃO PLANTAR DE TORNOCOL EQUINO. SOLICITO AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA CONFECÇÃO DE ORTESE.

Grata
Débora Paixão
Fisioterapeuta
CREFI 161600-F

Natal 04 de 2005 a 20 de 2005

Medico que solicita o parecer

PARECER

Emanuel foi avaliado e admitido na Terapia Ocupacional conforme orientado no pronto-atendimento. Além de orteses, necessita de acompanhamento da Terapia Ocupacional com enfoque nas AVDS.

Grata

Leidiane F. de Oliveira
TERAPEUTA OCUPACIONAL
Esp. Contexto Hosp. e Saúde Mental
CREFI 11174-TO

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walstedo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome:

Emanal Pedro Afra

Nº Registro:

Serviço:

Nce

Idade:

Letra:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

NCE

19/07/15. TLE grave + CD (E).

- TAT Nós contactá.

- Psicofarmac - ② Polimixine B e ② Ciprof. -

- Cracozolina Hidrocloridada.

AOL

CD: Proponha alta NCE.

- Sol. de transp. Multidisciplinar.

- Avaliação clínica

- Int. dgs. Bluxx 3

Guilherme Lacerda de Oliveira
CRM 21361
Neurocirurgião

24/07/15. Fazendo exames complementares
único exame feito
- perfuração peritoneos.
- AUScultação suspeita
CD: VTM

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 3421 TEOT 6434
CPF 429.666.174-65

Anapela.

25/07/15. Faz exame: constata morte.

Dr. Edison Ney Pinheiro Borges
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3421 TEOT 6434
CPF 429.666.174-65

26

PCF fechado constata morte.

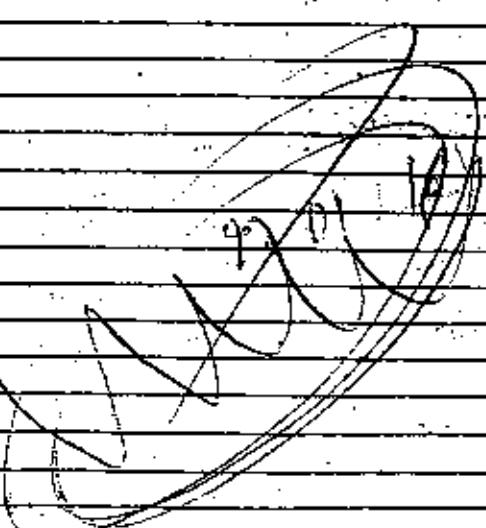
27

28

Dr. Edison Ney Pinheiro Borges
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3421 TEOT 6434
CPF 429.666.174-65

29/07/15. Exames: CD: VTM morte.

Dra. Josiane
CRM 21361

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
	Repete pet é só do bom, não quebra (Cafau)
	<small>Dr. Fábio Henrique Borges CRM RN 3421 TECR 6434 DP 429.668-174-57</small>
25/08/15	Expediente
	<p>Paciente solteiro off-line, 51 anos. Demissão de emprego formal. Aviação - 04/15.</p> <p>AV. P.A. OK</p> <p>CD: Marido</p> <p>Ang GIM 1 tom primitivo Mas esse que tem</p> <p>ATG: Exames normais</p> 

JOURNAL OF CLIMATE VOL. 17, NO. 10, OCTOBER 2004



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Idade:

Nº Reg.

Serviço:

Enf.

Lito:

207

AO SERVIÇO

MOTIVO DA CONSULTA

(Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

kg grau TCE

em uso de SNC

s) persistentes Vé oq
tar evol

sobranto

Natal

10 de 18

de 20

Médico que solicita o parecer

PARECER

Amileral / GDM

Repeti com Sintomas Neurológicos
PT - TCE.

Em ciò prolongados os SNC (± 3 meses)
sem evolução acompanhada

O: no momento, não há sinais de
distúrbio sanguíneo ou polinéias tanto
tempo quanto o paciente por via
endovenosa, ouvia TCA via convulsões
(ABC PTA).

Sintoma predominante é a disfunção
cognitiva, mas permanece o motor

1172227442816 090265
GERADOR LITE

24

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NOME DO ESTABELECIMENTO SOUVENTE	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES	2653923	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES		
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL			

NOME DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
LEMANOEL PEDRO DE AGUIAR	Nº DO PRONTUÁRIO	1042356	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	PAÇAÇOR
	10/10/1984	MASCULINO	-
NOME DA MÃE	ETNIA		
NAO DECLARADA			
RESPONSÁVEL	DDD	TELEFONE DE CONTATO	
ENDERECO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)	DDD	TELEFONE DE CONTATO	
VIA PÚBLICA, PARNAMIRIM.			
BARRA EMAUS	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	UF	CEP
	PARNAMIRIM	RN	-

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Onde de resto
Grau 3.
Folhas medias e febre forte*

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Risco de morte -

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.
<i>Urticaria</i>	106.9		

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>Urticaria</i>	<i>Urticaria</i>	

CLÍNICA	CRITÉRIO DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
POLITRAUMA		() CNS () CPF	
NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASESSINTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARMISO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
GLADSTONE SANTOS COSTA		29/05/2015 23:02	

ACIDENTE	PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
() TRÂNSITO	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
() TRABALHO TÍPICO			
() TRABALHO TRAJETO	CNPJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	PROR
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO
DOCUMENTO	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
() CNS () CPF	NP DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARMISO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Cáritas Serrinha

Nome: Manuel Pedro Aguiar

Nº Registro:

Serviço: DENTOLOGIA

Idade: 33

Leito: 207

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
13/07/15	Paciente de nasc - fratura de perna esquerda fibia e tibia complique-se p/ sonda - férias com histerite Sabina, e trófico queimado. Orientado para higiene em Pernas, se utilizam o gelante nos lábios - O aparelho sobre queimada (SI escabento) presa na escotilha, e o movimento de der e extensão. O acompanhante foi orientado <i>Padre M. V. Pires</i> CIRURGIA-DENTISTA CRM 1089
20/07/15	Segundo acompanhante efetuado a higiene oral máscara 1x ao dia, algação nasal sempre com guru. O mesmo foi orientado sobre a nu idade desta higiene, com reforço sobre a encadagem do dorso da higienista
25/08/15	Higiene oral / orientação sobre a higiene oral <i>Wanderley Ferreira Bezerra</i> Cirurgião Dentista CRM 2469
24/08/15	Paciente traqueostomizado - foi realizado higiene oral p/ exoxidase a 0,12% em gaze tripla mento. Uniquro com histerite Sabina. <i>Wanderley Bezerra</i>
31/08/15	Paciente traqueostomizado: foi realizada higiene oral p/ exoxidase (0,12%) em gaze tripla p/ escamamento em todo o oral <i>Wanderley Bezerra</i>



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Name: Enrique Pérez de Alarcón Reg. N° _____

Diagnóstico pré-operatório: VAS 7,5 TSH 100

Indicação terapêutica: Dor viva + perda de força

INTERVENÇÃO

INÍCIO: _____ **Fim:** _____ **Duração:** _____

Operador: Carlos P.-B.

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Wiederholungen: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

V. de acesso - Incisão e Aspergios ósseos e tecidos conjuntados - Técnica cirúrgica

3. descrição dos processos – Liderança e cultura organizacional – Organização – Organizações

Diagnóstico Operatório - Preparação Operatória - etc.

1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940

11:22 22/4/2016 999268 SEARCHED INDEXED DRAFT

AUTORIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

29 Segunda Alta / Amm m3 Trat.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL MONSENHOR VALENTINO GURGEL	CHAMADA DE SAÚDE	CHAMADA DE SAÚDE	CHAMADA DE SAÚDE
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL MONSENHOR VALENTINO GURGEL	CHAMADA DE SAÚDE	CHAMADA DE SAÚDE	CHAMADA DE SAÚDE
INFORMAÇÕES DO PACIENTE		INFORMAÇÕES DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE EMANUEL PRODOR DE AGUIAR	Nº DO PRONTUÁRIO 11112356	NOME DO PACIENTE EMANUEL PRODOR DE AGUIAR	Nº DO PRONTUÁRIO 11112356
DOCUMENTO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO 10/10/1984	SEXO MASCULINO	ETNIA
NOVAZINHA	ENDEREÇO AVENIDA MUNICIPAL	DOD	TELEFONE DE CONTATO
RESIDENCIAL	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA PARAIBANIRIM	DOD	TELEFONE DE CONTATO
ENDEREÇO RESIDENCIAL AVENIDA MUNICIPAL	UF RN	CEP	
ASSOCIAÇÕES E GRUPOS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p><i>Cresce de cedo Grau 3 fatos medus e RFB + h</i></p>			
CRITÉRIOS DE JUSTIFICAÇÃO DE INTERNACAO			
<p><i>doença de base LAD, test, inclinação cerebral</i></p>			
PROFISSÃO E ESPECIALIZAÇÃO E PRINCIPAIS SINTOMAS E PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>Lad, test, inclinação cerebral</i></p>			
DIAGNOSTICO PRINCIPAL <i>Lad</i>	CÓDIGO PRINCIPAL 1065	CÓDIGO SECUNDÁRIO	CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS
DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
<p><i>ultrassom abd</i></p>		<p><i>ultrassom</i></p>	
CAUSA:	TIPO DE INTERNAÇÃO	DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
TRAUMA	DOCUMENTO	() CNS () CPF	
NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/PACIENTE GLADSTONE SANTOS COSTA			ASSINATURA E CARMISO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
			<i>Gládstone Santos Costa</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
() TRÂNSITO	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
() TRABALHO TÍPICO	CNPJ EMPRESA		
() TRABALHO TRIETO			
TIPO DE VIOLENCIA			
() EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESMASCADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	
CNS () CPF		CÓD. ORGÃO PESSOAL	AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR
DATA DE PROTEÇÃO		ASSINATURA E CARMISO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

*Modelo Hospitalar da Fazenda
Fazenda da Fazenda*



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA ELEITORAL ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
15ª Zona - São José do Campestre
Praça São José, s/n Fone: (084) 3294-2374

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, para fins de produção de certidão de óbito, em consulta ao Cadastro Nacional de Eleitores, nesta data, verifiquei que o eleitor **EMANUEL PEDRO AGUIAR** possui **inscrição eleitoral de número 0191 5844 1600**, a qual se encontra suspensa, estando, portanto, o eleitor com seus direitos políticos suspensos..

S. J. Campestre, 06 de abril de 2016.


Rebeka Nóbrega da Cunha Gallindo
Chefe do Cartório Eleitoral - 15ª ZE

PACIENTE: EMANOEL PEDRO AGUIAR
DATA: 16/09/2015

10:24 - 14.2015 - FAX: 031-32064568/69

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Estado da
Hospital Monsenhor Walferdo

IDADE: ANOS

PREScriÇÃO MÉDICA - 2º PAVIMENTO

- 001 DIETA POR SNE HIPERPROTEÍCA E HIPERCALÓRICA
002 S.F. 0,9% - 1.000ML EV 14GTS/MIN.
003 ANTAK 50MG - 01 AMPOLA + 18ML ABD EV 8/8H
004 HIDANTAL 100MG - 01 CP. POR SNE 8/8H
005 CLEXANE 40MG - SC 1X DIA
006 HGT 4X DIA + PRÓTOCOLO
007 GLICOSE 50% - 03 AMPOLAS EV SE HGT < 70MG/DL
008 ACETILCISTEINA 600MG - 01 ENVELOPE + ÁGUA POR SNE 12/12H
009 NBZ - COM S.F. 5ML + ATROVENT 30GTS 6/6H
010 DIAZEPAM 10MG - 01 CP. POR SNE À NOITE
011 FISIOTERAPIA MOPTORA E RESPIRATÓRIA
012 ASPIRAR VAS 2X DIA
013 CABECEIRA ELEVADA 30°
014 SINAIS VITAIS:

1) Volemia: 19 - Freq: 80/ min - P: 80/ mm Hg - EV: 1200ml - D: 1/4.

2) Freq cardíaca: 80

Dra. Cláudia Mazzoni
Residente de Medicina
CRM: 613

6 8 10 12 14



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

**Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clávis Sartório**

Name: Emanuel Pedro Aguirre

Nº Registro: 104235695

Service: Tresia Ocasional

Idade: 35 a.

303

T. OCUPACIONAL - EVOLUÇÃO

[View Details](#)

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

新嘉坡英皇御書院

**CASO DI REP. E SIST. N.
GARRETTO 11174-70**

24.08.15 Enmanuel esteve no site em dia útil donde
T sem antecedentes com a tiraponto e apresentava
ondas flexos e contrárias em MMS. Considerar
do otidas para posicionamento colo-rectal - bônus
este é o grupo. Dados orientados para aju-
dante /

✓ 2000

CREATIVE - 20

36.03.15 Enmanuel esteve no Lito, faleceu, não colab.
Tive contatos com candidato que me respondeu
que o enterramento pode ser organizado pelo Estado.
A família e/ou meia-irmão que mora lá. Só
que só é possível definir o local de sepultura
depois das ISS, revisão de outras propriedades.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clávio Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: Romualdo Teixeira de Souza N° Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____

Nº Registro: _____

Letra: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

09/03/15

Paciente rapaz de pele clara e olhos
de cor azul. Cabelo castanho e
corpo seco e atendido pre-adolescente.
Altura 1,65m e peso 50kg. Nutre-se com
alimentos ricos em fibras.

No exame:

Glicose

Plaquetas normais e hemoglobina

alta níveis de triglicerídeos

Antecedentes em seu histórico de
saúde:

Teve colite aguda

Teve colite crônica

de moderada

Teve colite crônica de longa duração



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinha

Name: Emanuel Pedro AGUIAR
Serviço: Quarto do Gru

Nº Registro:

Idade: 28 Anos

Lero: 207

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

31/7/15 PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO - P.M. P. Sonda - foi REALIZADO
LIMPEZA da BOCA e LARANJA DA MÍDIA COM DESENGASO SI ESCORRE
LARANJAS.

Eduardo W. V. Penteado

CIRURGIA - DENTISTA

CRO 1089

17/8/15 Paciente viveres de pele morto - Politriacutizado, alivio
dos PR Sintomas nasal - Traqueostomizado, si conciencia
Higiene Oral = Superior ei bastante Sabrina - foi feito
a higiene Oral ei Quirurgia em gaze umida si seca-
mento 40128

Eduardo W. V. Penteado

CIRURGIA - DENTISTA

CRO 1089

4/9/15 PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO - Foi feito HIGIENODONTE
EL ALOPERKIDINE A 0,12% EM GAZE UNIDA SI ESCORRENT
PARA ESCREVA

Eduardo W. V. Penteado

CIRURGIA - DENTISTA

CRO 1089

11/9/15 Paciente traqueostom. Foi feita higiene oral es-
timulante a 0,12% em todos os dentes
Oral. Reportar qd hídrica dos lábios foi deserto

Eduardo W. V. Penteado

CIRURGIA - DENTISTA

CRO 1089

REGISTRO LIBER DENT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonia Aguiar

RG nº 4017.029, data de expedição 10/11/86, Órgão SSP/RN,

CPF nº 336.724.134-72, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Matias</u>
Número	<u>543</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Lerito</u>
Cidade	<u>São José do Campestre</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59275 000</u>
Telefone de Contato	<u>99874 9120</u>
E-mail	<u>MaueVanessa23@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São José do Campestre, 12 de Abril 2016

Assinatura do Declarante: Antonia Aguiar

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIA AGUIAR, portador da carteira de identidade nº 1.014.029 e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.424.554-72, residente e domiciliado na RUA JOÃO MATIAS DE ARAUJO, Nº 543, Cidade SAO JOSE DO CAMPESTRE, Estado RIO GRANDE DO NORTE, 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:

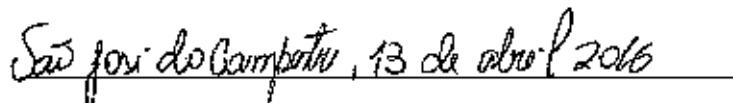
- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



São José do Campestre, 13 de abril 2016

Local e data

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0867668/J6

Vítima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
CPF: 011.582.654-84

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/05/2015

Titular do CPF: EMANUEL PEDRO AGUIAR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outras

ANTONIA AGUIAR : 336.724.154-72

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de Identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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 a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 03/05/2016
Nome: ANTONIA AGUIAR
CPF/CNPJ: 336.724.154-72

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/05/2016
Nome: RICARDO TADEU BARBOSA DA SILVA
CPF: 795.584.297-91

ANTONIA AGUIAR

RICARDO TADEU BARBOSA DA SILVA

06/15



Seguro DPVAT

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



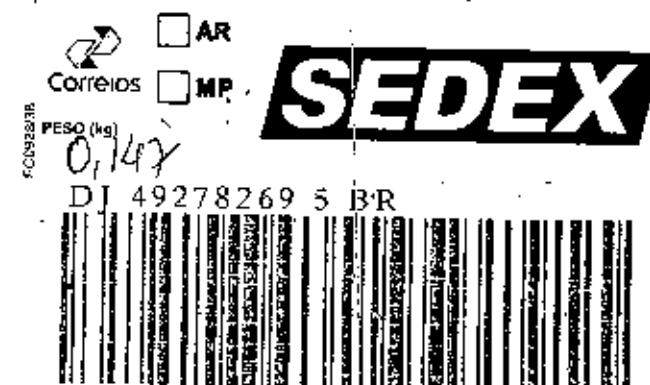
[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

086 4668/16



REMETENTE / Sender

ANTONIO AGUIAR

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

DIA 1000 MARIA E

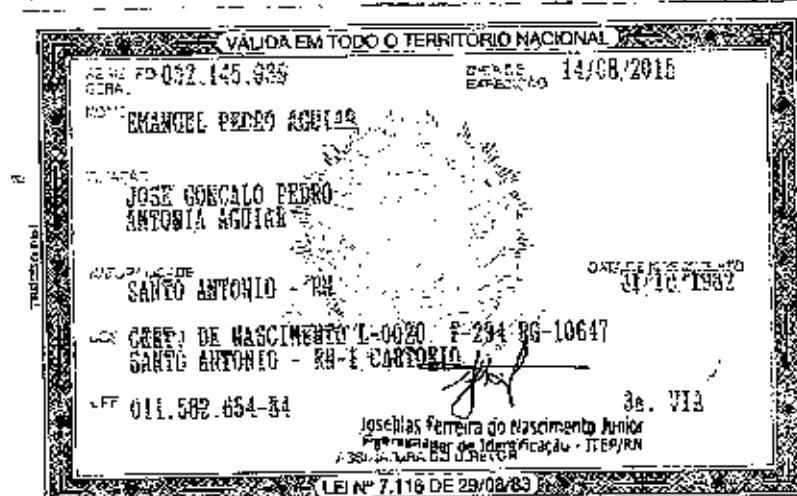
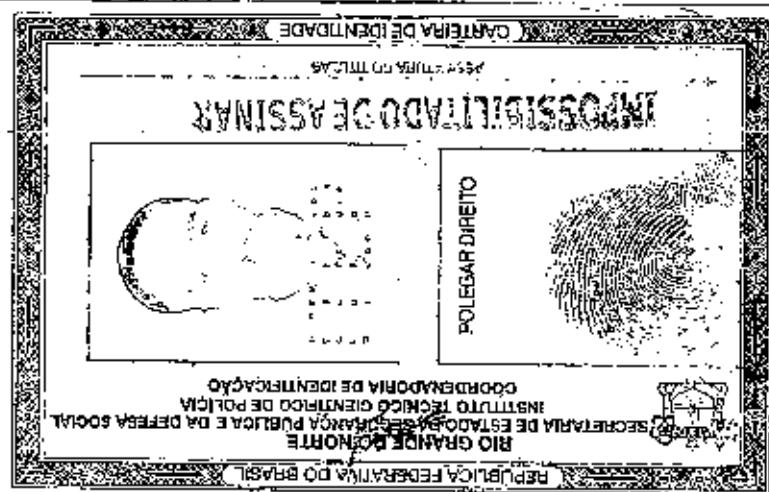
61.2



•०८१ २

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO ESPECIAL	1.014.029
DATA DE EXPIRAÇÃO	
10.11.1986	
MONTANHA AGUILAR	
MANOEL AGUILAR, DR. NASCIMENTO FILHO	
MARIA GONÇALVES DE MORAIS	
SANTA CRUZ-PE	28.04.1940
CERT. NASO. Nº 87.629 Liv. 18 Fls. 158V	
1974 - CART. DE SANTA CRUZ-PE	
- 336.724-154-72	

14:22 22/04/2016 698257 SEARCHED 10/04/2016 5



Comunicação de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonia Aquar

RG nº 1017-029 data de expedição 10/11/96 Órgão SSP/RN

CPF nº 336.124-154-70, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua João Matias
Número	543
Apto / Complemento	
Bairro	Pertinho
Cidade	S. José do Campestre
Estado	Rio Grande do Sul
CEP	59273-000
Telefone de Contato	99874 9120
E-mail	JaneVanessa23@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São José do Bambuí, 12 de Abril 2016

Assinatura do Declarante:

RECEBIDO
04 NOV 2016
DELPHOS



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

KO

PACIENTE	EMANOEL PEDRO DE AGUIAR						
DATA DE ENTRADA	29/05/2015 HORA 21:37 N° BAA 96034						
IDADE	31	SEXO	M	ETNIA	-		
CARTÃO SUS	ESTADO CIVIL Solteiro(a)						
CPF	RG -						
NOME DA MÃE	ANTONIA AGUIAR						
NOME DO PAI	JOSE GONCALO PEDRO						
NASCIMENTO	10/10/1984 NATURALIDADE Natal-RN						
TELEFONE	PROFISSÃO -						
RUA/AV.	Rua Nova Cruz N° 01						
COMPLEMENTO	PARNAMIRIM BAIRRO Nova Parnamirim						
CEP	59152-520 CIDADE Parnamirim-RN						
ORIGEM	Ambulância - SAMU MOTIVO Acidente de Trânsito / Queda de moto						
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Auristela				

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
21							
22							
23							
24							

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
EMANUEL PEDRO AGUIARMATRÍCULA:
0954560155 2016 4 00005 259 0001726 91

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	Parda	sólteiro, com 33 anos de idade

NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
Santo Antônio/RN	RG nº 2.145.939-SESPDS/RN	Era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
JOSÉ GONÇALO PEDRO e ANTONIA AGUIAR. Residia Rua João Matias, nº 543, São José do Campestre/RN

DATA E HORA DE FALECIMENTO	DIA MÊS ANO
vinte e nove de março de dois mil e dezesseis às 00:45 horas	29/03/2016

LOCAL DE FALECIMENTO
Rua João Matias em São José do Campestre/RN

CAUSA DA MORTE
Shoc Septico, Escaras Septicas e Tetraplegia

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHÉCIDO)	DECLARANTE
Cemitério São José, desta cidade de São José do Campestre/RN	GENILSON PEDRO AGUIAR

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
Dra. Yemneisy Gonzalez Gomez - CRM/RN 2400167

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES
Declarou que o falecido era sóltero, não deixou filhos e nem bens a inventariar.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Oficiala: Eliane Viana de Sousa
Rua Getúlio Vargas, 630 – Centro
São José do Campestre/RN
Cep: 59275-000
Telefones: (84) 3294.2524 – 99620.5574

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
São José do Campestre/RN, 06 de abril de 2016

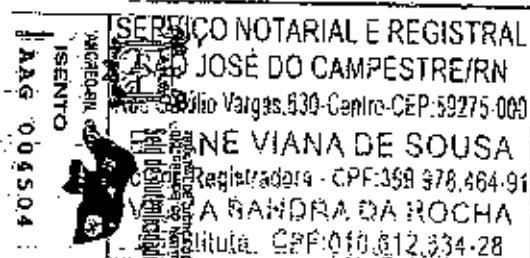
Oficiala/Substituta

AUTENTICAÇÃO

Cenifico que a presente cópia é a
reprodução fiel do original que me foi
apresentado ao qual autentico e dou fé.
São José do Campestre/RN, 06/04/16

Notária

LUNA, ADRIANE CUNHA REBECA BAPTISTINHO



11:22 22/4/2016 440255 SERVIDOR LUIS RODRIGUES

McGraw-Hill CONSTRUCTION PRESS

Digitized by srujanika@gmail.com

145.939

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

BRASIL

Estado de (o) Rio Grande do Norte

Municipio de São José de Ceará-Mirim

Distrito de Belo Jardim, Ceará



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que, do livro A N.º 20º, dos assentos de nascimento, deste distrito, fls. -294vº-, sob n.º 10.647-, consta o registro de EMANUEL PEDRO AGUIAR, x-x-x-x-
do sexo masculino, de cor x-x-x-x-x-, nascido aos 01 de outubro de 1982, às x horas, emna cidade de Santo Antônio de Jesus, Estado, na Maternidade "Reisipiano de Azevedo" x-x-x-x-
sendo filho de José Gonçalo Pedro e Antonia Aguiar, naturais deste Estado.
x-x-x-x-x-x-

São seus avós paternos Conrado Pedro e Máryra Reinhart.

$$X = X \circ Y = Y \circ X =$$

* e maternos Manoel Aguiar do Nascimento e Maria Gonçalves de Moraes x-
- X-X-X-X-X-

OBSERVAÇÕES: Foi declarante o(a) que registrando e serviram de testemunhas Pedro Nunes dos Anjos e Francisco do Nascimento, residente na cidade. Registro feito de acordo com a lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973. X-X-X-

$$X = \{x_1, x_2, \dots, x_n\}$$

O referido é verdade e dou fé.

São José de Carpestre - An., 20 de janeiro

de 1985.

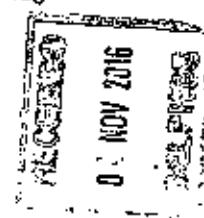
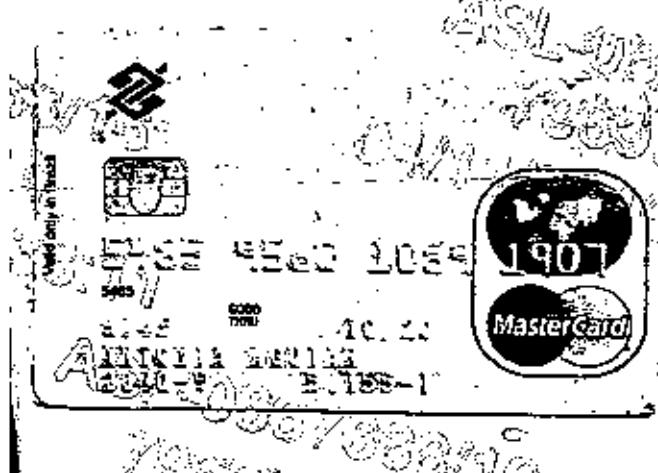
Extrada por *S. J.*
Cónferida por *S. J.*

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Autorização do pagamento



V03144



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta n°: 9068935

A/C: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Comprovante de residência
- Laudo do IML - Necrópsia

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9065673

A/C: ANTONIA AGUIAR

Sinistro: 3160281302 ASL-0867668/16
Vitima: EMANUEL PEDRO AGUIAR
Data Acidente: 29/05/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

