PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LÍDER

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 655.989.224-91 | Nome completo da vítima: Reginaldo Alves de Freitas

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

Nome completo: Reginaldo Alves de Freitas | CPF: 655.989.224-91

Profissão: Agricultor | Endereço: Tancredo neves | Número: 031 | Complemento: Casa

Bairro: Cruz das almas | Cidade: Apodi | Estado: RN | CEP: 59700-000

E-mail: | Tel.(DDD): 84 9 9133 9320

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA: 0892 3 (Informar o dígito se existir) CONTA: 35.005 2 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 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.

Local e Data: Apodi RN 20/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Reginaldo Alves de Freitas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRADO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL REGIONAL HÉLIO MORAIS MARINHO - FONE/FAX (84) 3333-2260 / 3523 / 9580 / 9581
RUA PROJETADA, S/N - RB 405 - KM 76 - CEP: 59.700-000 - APODI/RN - E-MAIL: sesaphhmm@rn.gov.br

CLASSIFICAÇÃO

Amarelo

CÓPIA AUTÊNTICA
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Assinatura

José Wilke Oliveira Câmara
Diretor Geral
Matrícula 217.068-3

FICHA Nº _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REGISTRO Nº 1247-786

1. DADOS DO PACIENTE:

Nome: Reginaldo Alves de Freitas
Data de Nascimento: 13/08/59 Idade: 59 anos Sexo: M
Estado Civil: Casado Naturalidade: Apodi
Profissão: Agricultor 7.716 Cartão SUS nº: 709 2069 2864 7031
Filiação: Pai e/ou Mãe: Cristina Juarez da Conceição
Endereço: R. Tancredo Neves Nº _____
Bairro: Cruz de Abreu Cidade: Apodi UF: _____
Data: 19/09/18 Hora: 23:35h Rubrica do Servidor: _____ Mart. _____

2. ACOLHIMENTO: ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Ambulatório

3. ACIDENTE DE: ( ) Trabalho ( ) Doméstico ( ) Trajeto

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

a) Queixa: Dor no peito
b) Antecedentes Alérgicos: não
c) HAS: (X) DM: (N)

5. EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F C: _____ P A: 190x90
F. R: _____ Glasgow: _____ SpO^2 _____ HGT: _____

6. ANAMNESE: _____

7. PROCEDIMENTOS MÉDICOS: Histórico e/ou causa da lesão (alegada):

23:40h
Dipirona 500mg 1amp IM, e Dexclorfeniramina 5mg 1amp IM e Decadron 1amp IM, captopril 50mg 1cp VO

Dra. Nadjenine Linhares
MÉDICA
CRM/RN 9400

PROTOCOLO RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

8. PROCEDIMENTO MÉDICO:
( ) Ambulatório, ( ) Internamento, ( ) Outros.

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DADOS DO PACIENTE SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

9. **ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO SOCIAL (RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE), NOS CASOS DE** ( ) Internamento, ( ) Encaminhamento para outra Unidade, ( ) Óbito.

10. **EXAMES SOLICITADOS:**
( ) Ambulatoriais, ( ) Raios X, ( ) Outros.

_____

_____

_____

_____

11. **DIAGNÓSTICO:**_____

_____

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

_____
Médico(a)
Assinatura e Carimbo

PROTOCOLO
RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

PROTOCOLO
RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20005-426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4452

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO
115
33332164

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 03/12/2018 AS 00:49:47

MATRÍCULA	MÊS/ANO
4445809	12/2018

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO ALVES FREITAS
RUA TANCREDO NEVES, N, 31 - APODI APODI RN
59700-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS: RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
311.001.915.0049 0000	7	2546	1			

HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
A13N176388	LIGADO	POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M3): 11

DATA LEITURA: 03/12/2018
LEIT. ATUAL: 474
LEIT. ANT.: 463
DIAS CONSUMO: 32

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
11/2018	11	09/2018	12	07/2018	10	10
10/2018	11	08/2018	10	06/2018	8	

cosern
neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte

08/2018

03/09/2018 04/09/2018

51,69

RECEBIDO

24 JAN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

03/09/2018 51,6

83800000000-9 51690038400-8 52380601720-2 01047129673-0

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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[1] 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 COAF[2]**.

[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, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Daria Felicia Pinto de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.186.414 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reginaldo Alves de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 655.489.204 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reginaldo Alves de Freitas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 655.489.224 91, 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 a 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		Número	Complemento
Deputado Dalton Cunha		198	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Pequa	Apodi	RN	59700-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		84 9 9133 4320	

Apodi, 20 de 01 de 2019
Local e Data

Daria Felicia Pinto de Oliveira
Assinatura do Declarante

RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lucinaldo Gomes de Freitas,

RG nº 2.279.215, data de expedição 07/02/2021

Órgão ITEP, portador do CPF nº 050.069.124-05, com domicílio na cidade de Apodi, no Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Tancredo Neves, nº 031, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Reginaldo Alves de Freitas, cujo o condutor era Reginaldo Alves de Freitas.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda Biz 125 ES
Ano: 2013
Placa: OKA 7139
Chassi: 9C2JC4820DR091262
Data do Acidente: 19/09/2018
Local e Data: Apodi-RN 19/12/2018

Lucinaldo Gomes de Freitas
Assinatura do Declarante

Reginaldo Alves de Freitas
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO APODI-RN

2º OFÍCIO APODI-RN

2º OFÍCIO EXTRA
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Rafaela Serafim Lima
Reconhecido por (X) autenticidade ( ) semelhança a firma de Lucinaldo Gomes de Freitas e Reginaldo Alves de Freitas Dos Santos
Em testemunho da verdade.
Apodi-RN, 19/12/2018
Thais Nadinny de Oliveira
( ) Titular ( ) Substituto (X) Escrevente Autorizado

PROTOCOLO RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL REGIONAL HÉLIO MORAIS MARINHO - FONE/FAX (84) 3333-2260 / 3523 / 9580 / 9581
RUA PROJETADA, S/N - RB 405 - KM 76 - CEP: 59.700-000 - APODI/RN - E-MAIL: sesaphhmm@rn.gov.br

CLASSIFICAÇÃO

Amarelo

CÓPIA AUTÊNTICA
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Assinatura

José Wilke Almeida Câmara
Diretor Geral
Matrícula: 217.056-3

FICHA Nº _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REGISTRO Nº 1247-786

1. **DADOS DO PACIENTE:**

Nome: Reginaldo Alves de Freitas
Data de Nascimento: 13/08/59 Idade: 59 anos Sexo: M
Estado Civil: Casado Naturalidade: Apodi
Profissão: Agricultor 7.716 Cartão SUS nº: 709 8069 9864 7030
Filiação: Pai e/ou Mãe: Cristiano Juarez da Conceição
Endereço: R. Tenerado Neto Nº _____
Bairro: Cruz de Abreu Cidade: Apodi UF: _____
Data: 19/09/18 Hora: 23:35 Rubrica do Servidor: _____ Mart. _____

2. **ACOLHIMENTO:** ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Ambulatório
3. **ACIDENTE DE:** ( ) Trabalho ( ) Doméstico ( ) Trajeto
4. **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

a) Queixa: Cefaleia mal estar
b) Antecedentes Alérgicos: não
c) HAS: (X) DM: (N)

5. **EXAME FÍSICO:** Peso: _____ Temperatura: _____ F C: _____ P A: 190x90
F. R: _____ Glasgow: _____ SpO^2 _____ HGT: _____

6. **ANAMNESE:** _____

7. **PROCEDIMENTOS MÉDICOS:** Histórico e/ou causa da lesão (alegada):

Dipirona 500mg 1amp IM, Dexametasona 2,5mg 1amp IM e Dexclorfeniramina 1amp IM, captopril 50mg 1cp VO 23:40

Dra. Nadjania Linhares
MÉDICA
CRM/RN 9490

PROTOCOLO RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM. CORRETORA DE SEGS.

8. **PROCEDIMENTO MÉDICO:**
( ) Ambulatório, ( ) Internamento, ( ) Outros.

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DADOS DO PACIENTE SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

BM GRÁFICA 84 3645 6040 / 9109-3577

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **25828 /2018**

Admissão: **20/09/2018 11:16:12**

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 22449 - **REGINALDO ALVES DE FREITAS** (59 a 1 m 7 d) Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 13/08/1959 Natural: SAO BENTO,BRASIL CPF: 65548922491 Prof:

CNS: 709206228647039 Pai: BENEDITO ALVES DE FREITAS

Mãe: CRISTINA MARIA DA CONCEICAO

Logradouro: TRANCREDO NEVES, 31 Cidade: APODI

CEP: 59700000 Bairro: CRUZ DE ALMA

Telefone:84 994939222 84 994939222 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): TRAUMA DE FACE **Tipo:** REGULADO

Origem: FAMILIA *Empresa:

Classificação: 20/09/2018 11:12:44 PESO:

OBS:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em face, acidente de moto.

Hora: 10:50 h.

acidente em uma motocicleta

Paciente hoje equimose periorbitaria (E) com relato de parestesia dos nervos dos ramos do infraorbital (E). Ao exame de TC de face notou-se continuidade do piso zigomático (E), parede lateral do seio maxilar (E) e normal do contorno do zigoma. Paciente mantém melhor (E) (sensibilidade) frente ao zigomático (E). Clínica e cirurgia.

Dr. Edsen Fernandes
Cirurgião Bucomaxilar
CRO-RN 141

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.

PROTOCOLO RECEBIDO 24 JAN 2019 TERRA DO SOL ADM. - CORRETORA DE SEGS

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 16/10/2018

SAME/ARQUIVO

*Saída: - ( ) Decisão médica; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão; ( ) Interna: CID S024 / Proc. 04.04.02.0

Data:__/__/18. Hr:__:__ **Ass. Médico:** _____

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA, Impresso em 20 de Setembro de 2018.

S024

04.04.02.052-6

9. **ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO SOCIAL (RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE), NOS CASOS DE** ( ) Internamento, ( ) Encaminhamento para outra Unidade, ( ) Óbito.

10. **EXAMES SOLICITADOS:**
( ) Ambulatoriais, ( ) Raios X, ( ) Outros.

_____

_____

_____

_____

11. **DIAGNÓSTICO:**_____

_____

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

_____
Médico(a)
Assinatura e Carimbo

Prontuário: **203600**

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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **REGINALDO ALVES DE FREITAS** (Fia: **3886/2018**), CPF:**65548922491**.

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

Mossoró/RN, 20 de Setembro de 2018.

Benedito Alves de Freitas Neto
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 26/09/18
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 26/09/18
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/10/2018
SAME/ARQUIVO

Sistema Único de Saúde SUS — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 203600
5 - NOME DO PACIENTE: REGINALDO ALVES DE FREITAS (8 - 3886/2018)
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 709206228647039
8 - DATA DE NASCIMENTO: 13/08/1959
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - RAÇA/COR: PARDA
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: CRISTINA MARIA DA CONCEICAO
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 84 Nº DO TELEFONE 994939222
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: REGINALDO ALVES DE FREITAS
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 84 Nº DO TELEFONE 994939222
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): TRANCREDO NEVES, 31 - CRUZ DE ALMA
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: APODI
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 240100
18 - UF: RN
19 - CEP: 59700000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente em um carro sofreu um grande trauma hemorrágico e fraturas nos ossos do rostinho. Ao ex. T.C de face apresenta fratura do arco zigomático orbitário e com inchaço e hematoma.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: Quadro clínico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): ex. clínico T.C de face

Jarbas Miguel Fernandes Mariano
Matrícula 91774-6
CRM-RN 1993

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
24 - CID 10 PRINCIPAL: S02.4
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 404020526
29 - CLÍNICA: CIR
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: 59617926415
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: EDSON FERNANDES JALES
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/09/2018
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR: LIGINEY LINO DE OLIVEIRA
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 980016001835565
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):
52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 6/10/2018
SAME/ARQUIVO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HRTM

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: REGINALDO ALVES DE FREITAS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

9 - SEXO: MASC. 1 FEM. 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

26 - CID 10 PRINCIPAL:

27 - CID 10 SECUNDÁRIO:

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: OSTEOSSÍNTESE FRATURA DO COMP. ÓSSEO-ZIGOMÁTICO

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL: 4 0 9 0 2 0 5 2 - 6

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTD.:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTD.:

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

40 - QTD.:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/10/15
SAME/ARQUIVO

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclístico, apresentando fratura orbitária e, sendo submetido a intervenção cirúrgica para redução e fixação dos fragmentos fraturados. Foi utilizado Placa e parafusos do sistema 2.0mm em Região facial; Placas e parafusos do sistema 1.5mm em Bilro médio de face.

1 Placa 2.0mm + 3 parafusos + 1.0 Placa 1.5 + 4 parafusos.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/09/15

44 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Jarbas Miguel Fernandes Mariano CRO/RN 1093

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

50 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: REGINALDO ALVES DE FREITAS Reg Nº:

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIA E

Indicação terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA ÓRBITO ZIGOMÁTICO (40402052-0)

INTERVENÇÃO

Início: Fim: Duração:

Operador: Dr JORGE LUCIANO

1ª Auxiliar: Dr ADELÚCIO ROCHA.

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr FRANCISCO NOGUEIRA.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/10/2018
SAME/ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

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

1) Paciente com DSA sob anestesia geral c/ IOT
2) Preparo cirúrgico do campo operatório e Aposição campos cirúrgicos
3) Acesso Palpebrofásico E, hemostasia, dissecção subperiosteal, abordagem de fratura de parede lateral de órbita E
4) Acesso sublabial superior E, hemostasia, dissecção subperiosteal, abordagem de fratura de pilar médio da face (comminuta)
5) Redução das fraturas sob visão direta. Fixação de Pilar médio com Placa e parafusos do sistema 2.0 mm; fixação de Parede lateral com Placa e Parafusos 1.5 mm
6) realize lavagem com SF0,9%, revisão da hemostasia
7) Sutura dos planos profundos com fio vicryl 3-0 e 4-0
8) Sutura de pele com fio nylon 6-0
9) Aposição de VAS.

Jorge Miguel Fernandes Mariano
Matrícula 91371-0
CRORN 1098

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

COLEGIAR DIREITO

Reginaldo Alves de Freitas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 003.596.938
DATA DE EXPEDIÇÃO: 14/07/2015

NOME: REGINALDO ALVES DE FREITAS

FILIAÇÃO: BENEDITO ALVES DE FREITAS
CRISTINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE: SÃO BENTO PB
DATA DE NASCIMENTO: 13/08/1959

DOC ORIGEM: CERT. DE CASAMENTO L-B-4 F-180 AC-1979
BERNO DE CRUZ PB-CARTORIO ÚNICO CARTORIO

CPF:

Josebias Ferreira do Nascimento Junior
Coordenador de Identificação - ITEP/RN
ASSINATURA DO DIRETOR

1a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
655.489.224-91

Nome
REGINALDO ALVES DE FREITAS

Nascimento
13/08/1959

CÓDIGO DE CONTROLE
E432.2006.767B.B39F

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:12:31 do dia 08/06/2018 (hora e data de Brasília)
Dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO
RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

caern
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59.015-000
CNPJ: 08.334.383/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.475-3
Admin. Central (84) 3232 1437 / Ouvidoria: (84) 3232-4[illegible]

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/E[illegible]
IMPRESSO EM 09/1[illegible]/2018 A[illegible] 09:49:37

DADOS DO CLIENTE
REGINALDO ALVES FREITAS
RUA TANCREDO NEVES, N
59700-000

INSCRIÇÃO
311.001.915.[illegible]

HIDRÔME
A13N37

CONSU[illegible]

PROTOCOLO
RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº013702918131

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
3	00567202976	**********	2017

NOME: LUCINALDO GOMES DE FREITAS

CPF/CNPJ	PLACA
050.069.124-05	OKA7139

PLACA ANT/UF	CHASSI
OKA7139/RN	9C2JC4820DR091262

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTONETA/NÃO APLICAVEL	ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/BIZ 125 ES	2013	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
CCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
	R$ 0,00	03/07/2017	1ª PAGO
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª PAGO
	002006 3X	R$ 23,00	3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN:PAGO		*** DPVAT:PAGO	

OBSERVAÇÕES

MOTOR:JC48E2D091262

	DATA
APODI/RN	14/08/2018

Ana Valeria Silva dos Santos
Coordenadora de Registro de Veículos
DETRAN-RN

DENATRAN

CONTRAN

RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190063372 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ALVES DE FREITAS **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190063372 **Cidade:** Apodi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ALVES DE FREITAS **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029033/19

Vítima: REGINALDO ALVES DE FREITAS

Data do acidente: 19/09/2018

CPF: 655.489.224-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO ALVES DE FREITAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA : 017.186.414-00

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

REGINALDO ALVES DE FREITAS : 655.489.224-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 24/01/2019 Nome: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA CPF: 017.186.414-00	Data do cadastramento: 24/01/2019 Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA CPF: 021.292.004-94
DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA	GERCIA LOURENCO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063372 **Vítima: REGINALDO ALVES DE FREITAS**

Data do Acidente: 19/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO ALVES DE FREITAS

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

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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063372 **Vítima: REGINALDO ALVES DE FREITAS**

Data do Acidente: 19/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), REGINALDO ALVES DE FREITAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 655.989.224-91 | Nome completo da vítima: Reginaldo Alves de Freitas

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

Nome completo: Reginaldo Alves de Freitas | CPF: 655.989.224-91

Profissão: Agricultor | Endereço: Tancredo neves | Número: 031 | Complemento: Casa

Bairro: Cruz das almas | Cidade: Apodi | Estado: RN | CEP: 59700-000

E-mail: | Tel.(DDD): 84 9 9133 9320

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA: 0892 (3) (Informar o dígito se existir) CONTA: 35.005 (2) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 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.

Local e Data: Apodi RN 20/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Reginaldo Alves de Freitas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/01/2019 - Autoatendimento 10:56:44
089271029 0360

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO: REGINALDO ALVES FREITAS
AGENCIA: 0892-3
CONTA: 35.005-2
VALOR *
NR. ENVELOPE: 2/91.075.126

* Acolhido em 04/01/2019, na Agência 0892-3.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depósitos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope".
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônico
Central de atendimento BB: 4003 0148 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737

POLÍCIA CIVIL DP APODI RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1194/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR
Tipo do Acidente: Queda
Data e Hora do Acidente: 19 de Setembro de 2018 18 h
Local da Ocorrência: BR 405, (próximo a Cabral)
Comunicante: Reginaldo Alves de Freitas (Vitima)
Identidade RG.: 003.586.938 CPF: 655.489.224-91
Pai e mãe: Benedito Alves de Freitas e Cristina Maria da Conceição Telefone: 84. 9 9428-1861
Endereço: Rua Tancredo Neves, N° 31, Cruz de Almas, Apodi/RN

Identificação da Vitima:

Nome: Reginaldo Alves de Freitas
Identidade RG.: 003.586.938 CPF: 655.489.224-91
Naturalidade: São Bento/PB Data Nascimento: 13/08/1959
Pai: Benedito Alves de Freitas
Mãe: Cristina Maria da Conceição
Endereço: Rua Tancredo Neves, N° 31, Cruz de Almas, Apodi/RN
Condutor ou Passageiro? Condutor

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Placa: OKA7139 Cor: VERMELHA
Chassi: 9C2JC4820DR091262 RENAVAM: 00567202976
Proprietário: Lucinaldo Gomes de Freitas Ano: 2013/2013
Condutor: Não Habilitado

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (Queda); A vitima informa que vinha sentido Apodi/RN, na BR 405 nas proximidades do restaurante de Cabral quando perdeu o equilibrio e caiu na BR, que informa que sofreu uma fratura facial e que a motocicleta teve poucas danificações. E nada mais disse.

Local e data deste Registro: Apodi, 18 de dezembro de 2018.

Reginaldo Alves de Freitas
Comunicante / Vitima

Escrivã: José Luiz de Araújo.

Testemunha

Benedito Alves de Freitas Neto
Testemunha

Lucinaldo Gomes de Freitas
Testemunha

PROTOCOLO RECEBIDO
24 JAN 2019
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.