



Número: **0800186-84.2020.8.20.5133**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível da Comarca de Tangará**

Última distribuição : **19/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO (AUTOR)		MIGUEL ALEXANDRE DE ALMEIDA BORGES (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55986703	20/05/2020 12:04	Contestação	Contestação
55986713	20/05/2020 12:04	2719462_CONTESTACAO_01	Contestação
55987694	20/05/2020 12:04	2719462_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed	Outros documentos
55987711	20/05/2020 12:04	2719462_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos
55989098	20/05/2020 12:04	ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER -JB	Outros documentos

Juntada de contestação.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TANGARA/RN

Processo n.º 08001868420208205133

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, muito respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que seu marido FRANCISCO INÁCIO DA SILVA foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 28/07/2018, o que acarretou no seu óbito ocorrido em 25/10/2019.

No presente caso, cumpre esclarecer que a própria vítima, após o suposto sinistro, requereu à ré indenização por seguro DPVAT em sede administrativa, vindo o mesmo a ser negado por ausência de sequelas, conforme demonstrado no processo administrativo em anexo.

ADEMAIS, EXA., HÁ DE SER RESSALTADA A COMPLETA AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE OCORRIDO EM 28/07/2018 E A MORTE DA VÍTIMA OCORRIDA EM 25/10/2019 HAJA VISTA O QUE COMPROVAM OS DOCUMENTOS MÉDICOS, BOLETIM DE OCORRÊNCIA E CERTIDÃO DE ÓBITO APRESENTADOS PELA PRÓPRIA PARTE AUTORA, OS QUAIS DEMONSTRAM QUE A VÍTIMA FALECEU EM DECORRÊNCIA DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E DE FALÊNCIA CIRCULATÓRIA AGUDA DE CAUSA INFECCIOSA (CHOQUE CÉPTICO) E NÃO EM DECORRÊNCIA DO SUPOSTO ACIDENTE RELATADO.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015^[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Inicialmente, em que pese a autora figurar nesta demanda, alegando para tanto ser esposa da vítima, **não comprova ser único herdeiro e beneficiário da vítima, comprovando, inclusive, nos autos que a vítima deixou quatro filhos.**

Cumpra destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil^[1].

NA HIPÓTESE VERTENTE, A PARTE AUTORA PROMOVE A PRESENTE AÇÃO COM O FITO DE OBTER A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME COMPROVADO NOS AUTOS, A VÍTIMA DEIXOU QUATRO FILHOS:

A certidão de óbito é emitida pela República Federativa do Brasil, Registro Civil das Pessoas Naturais. O falecido é Francisco Inácio da Silva, com CPF 637.738.214-68 e matrícula 0947140155 2019 4 00005 177 0001284 57. Ele era casado, com 51 anos de idade, branco, masculino, e era eleitor. Seu documento de identificação é 001.284.756-SSP/RN. Ele morreu em 25/10/2019, às 19:00 horas, no Hospital Deoclecio Marques de Lucena em PARNAMIRIM - RN. A causa da morte foi Choque Séptico, Infecção ao trato Urinário, Cetoacidose diabética, Diabetes Mellitus, Semi oclusão intestinal, Tabagista. O sepultamento ocorreu no Cemitério Municipal de Serra Caiada - RN, sob a declaração de LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO. O médico que atestou o óbito foi Alexandre da Silva Dantas CRM 3674. As observações incluem: Declarou que não deixou bens a inventariar. Deixou filhos: 4 filhos.

Assim, deve-se verificar a impossibilidade de pagamento da indenização a autora, posto que não se enquadra na qualidade de única beneficiária, de modo que tal fato merece ser reconhecido, a fim de que, a Ré, ou

^[1]“Art. 4º: A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)”.



efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

DESTA FORMA, ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICA BENEFICIÁRIA DA AUTORA PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.

DA FALTA DE INTERESSE DE AGIR

AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Ab initio, cumpre esclarecer que, apesar da vítima ter requerido administrativamente indenização à ré após o acidente relatado, após seu falecimento, a parte autora não requereu o pagamento através da via administrativa, intentando imediatamente na via judicante.

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Vejamos o entendimento do Tribunal de Justiça de Pernambuco:

“APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. PRELIMINAR REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO ACOLHIDA.

AUSÊNCIA DE CONDIÇÃO DA AÇÃO. INTERESSE DE AGIR. RECURSO PROVIDO.

- A ausência do prévio requerimento administrativo, requerendo a cobertura securitária do DPVAT, configura

ausência de interesse de agir, a ausência de prévio requerimento administrativo.

- Extinção do feito sem resolução do mérito, art. 485, IV, do CPC.

- Em razão do reconhecimento do direito à gratuidade de justiça, cumpre esclarecer que a exigibilidade do

montante relativo aos honorários advocatícios fica suspensa (art. 98, § 3º, do CPC/2015).

- Recurso de apelação provido.

(Apelação 507283-70007826-52.2012.8.17.0990, Rel. Itabira de Brito Filho, 3ª Câmara Cível, julgado em 19/07/2018, DJE 21/08/2018)”

Resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, consoante a jurisprudência consolidada no Superior Tribunal de Justiça[3].

Cumpre salientar que recentemente o Supremo Tribunal Federal chegou à conclusão de que a ausência de requerimento em sede administrativa nas ações que versam sobre o Seguro Obrigatório DPVAT é motivo para extinção do processo por falta de interesse de agir[4].

Destaca-se que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.



gratuitamente nas agências próprias dos Correios[5]. Frisa-se que se trata de um procedimento simples e com dispensa do auxílio de terceiros.

Essas ações promovidas pela Seguradora Líder dos consórcios DPVAT visam facilitar o recebimento na via administrativa dando acesso célere e efetivo aos acidentados, como também tem como objetivos principais evitar a lide e a necessidade de manifestação judiciária sobre o tema.

Em arrimo à tese aqui exposta, é amplamente sabido que o interesse jurídico manifesta-se na existência da lide. A função jurisdicional se exercerá sempre com referência a uma lide que a parte interessada deduz do Estado, pedindo uma solução. A existência da lide, do litígio, obviamente está intimamente ligada à pretensão resistida, que determina o surgimento do conflito, que é uma das condições da ação.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML).

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTURAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

“Art. 5º(...)

§1º(...)

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade dos beneficiários no caso de morte;

§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DIVERGÊNCIA DE INFORMAÇÕES ENTRE OS FATOS ALEGADOS E OS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A RÉ INFORMA A NECESSIDADE DE SER OUVIDA, PESSOALMENTE, A PARTE AUTORA SOBRE OS FATOS NARRADOS NA INICIAL, BEM COMO TODA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL OS DOCUMENTOS DE ATENDIMENTO MÉDICO, O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A CERTIDÃO DE ÓBITO, HAJA VISTA QUE NA INICIAL A PARTE AUTORA AFIRMA QUE A VÍTIMA FALECEU EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO DIA 28/07/2018, TODAVIA, CONFORME DEMONSTRAM OS DOCUMENTOS ACOSTADOS À EXORDIAL, PODEMOS PERCEBER A COMPLETA AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE E A MORTE DA VÍTIMA.

CUMPRE RESSALTAR A VÍTIMA FALECEU NO DIA 25/10/2019, UM ANO E TRES MESES APÓS O SUPOSTO SINISTRO E QUE O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO NÃO COMPROVA QUE O FALECIMENTO TENHA DECORRIDO DO ACIDENTE. PELO CONTRÁRIO, AFIRMA QUE A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES TENDO RECEBIDO ALTA SEM QUALQUER INTERCORRÊNCIA.

NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, O COMUNICANTE AFIRMA QUE A VÍTIMA FICOU PARAPLÉGICA APÓS O ACIDENTE, SEM RESTAR QUALQUER INFORMAÇÃO DE QUE A MESMA ENCONTRAVA-SE COM COMPLICAÇÕES CAPAZES DE ENSEJAR NA SUA MORTE.

ADEMAIS, CUMPRE RESSALTAR QUE NA CERTIDÃO DE ÓBITO, HÁ A INFORMAÇÃO DE QUE A VÍTIMA FALECERA APÓS UM ANO E TRES MESES DO SUPOSTO ACIDENTE, EM DECORRÊNCIA DE CHOQUE SÉPTICO, INFECÇÃO AO TRATO URINÁRIO, CETOACIDOSE DIABÉTICA, DIABETES, SEMI OCLUSÃO INTESTINAL E POR SER TABAGISTA, NADA TENDO A VER COM O ALEGADO SINISTRO!!!

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre o nexo causal entre o acidente aduzido e a morte da vítima, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis acerca do atendimento à vítima, em qual dia se deu, quais as lesões apresentadas por ela e se as mesmas foram responsáveis pela morte da mesma.

Também requer a expedição de ofício ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Tangará – RN para que seja esclarecida a ocorrência de atendimento à vítima no dia 28/07/2018, bem como, em que situação a mesma fora encontrada, se o atendimento decorreu de acidente de trânsito e quais lesões foram apresentadas pela vítima.

Por fim, mas não menos importante, requer a expedição de ofício a Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência apresentada para que seja esclarecido o fato alegado, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.




A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

CONFORME JÁ PREVIAMENTE EXPLANADO ACIMA, CUMPRE INFORMAR QUE A PARTE AUTORA APRESENTA BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, TODAVIA, CONFORME OBSERVADO ABAIXO, RESTA CLARO QUE A SUA MORTE NÃO DECORREU DO SINISTRO ALEGADO.

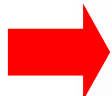
PRIMEIRAMENTE, EXA., COMPULSANDO OS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, OBSERVAMOS QUE A VÍTIMA SOFREU ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ANO DE 2011:

EVOLUÇÃO	
DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
03/03/18	Solicitação de avaliação pela neuro-cirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Santos)
	Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma em joelho e fratura de perna @. Foi atendido no HUG - realizou TC - e foi encaminhado p/ este hospital para ortopedia dia 01/08.
	No dia 02/08 evoluiu com PAC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes.
	Repetiu TC em 06/08 que inter- stiu hematoma subaracnóideo?
	Como medicação:
	- Distúrbio psiquiátrico - uso de carbamazepina, neozine, quindal, clonazepam (após ALCi em
	- DM
	- HAS
	- ALCi prévio em 2011
	No momento - ECG 13
	ACV: RCP TC: 02
	PA: 126 x 70
	FR: 141
	FiO2: 100% (ar ambiente)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 18/10/81
MAT. Nº. 314
SAME
ASSINATURA



Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		ACOMPANHAMENTO SOCIAL
Identificação		
Enfermaria: <u>Neurocirurgia</u>	Leito: <u>17</u>	UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: <u>08/08/2018</u>	Alta: _____	
Nome: <u>Fausto Inácio da Silva</u>	Naturalidade: <u>Indeclaração</u>	
Idade: <u>50</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento: <u>12/05/1968</u>
RG: <u>001.284.756</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>	Nível de Instrução: <u>Básico</u>
Filiação: Pai: <u>Ypê Inácio da Silva</u>	Mãe: <u>Régina Lopes Ferreira</u>	
Endereço: <u>Sua Palmatória</u>	Cidade: <u>Sua Casado</u>	
Telefone: <u>8897-4772</u>	() Residencial () Trabalho () Recado	
Contato: <u>8871-8757</u>	Outros telefones: _____	
Composição familiar: <u>04</u>		
Outras informações: Faz uso de () Alcool <input checked="" type="checkbox"/> Fumo () Drogas () Psicotrópicos		
Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária		
Atividade desenvolvida: <u>Agricultor</u>	Trabalho c/ vínculo empregatício <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado		
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD		
Internação decorrente de acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nome da Empresa _____		
Forma de Acesso ao Serviço		
() Sozinho - procurou atendimento	() Trazido por familiares	<input checked="" type="checkbox"/> Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública	() Outros meios	
() Encaminhado:	Hospital de origem: <u>Hospital Municipal</u>	
Crterios para Acompanhante		
Possui requisitos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual o motivo? _____	
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental		
Responsável pelo paciente: <u>Lindalva Angelo da O. Inácio</u>		
Parentesco: <u>esposa</u>	Telefone: <u>8897-4772</u>	
Endereço do Responsável: <u>O mesmo do paciente</u>		
Evolução		
(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)		
<p><u>08-08- Paciente vindo do Hosp Municipal p/ avaliação</u> <u>4º quito AVC, acompanhado p/ familiares, solicita</u> <u>do após de documentos</u> <u>causa</u></p>		



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO BAÚ QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA GEORGINO AVELINO, NA CIDADE DE SERRA CAIADA/RN; QUE LOGO APÓS A COLISÃO A SAMU SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL DE SERRA CAIADA/RN, E LOGO EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PELA PRÓPRIA SAMU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL; QUE DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES EM PARNAMIRIM/RN, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE HOJE EM DIA A VÍTIMA SE ENCONTRA PARAPLÉGICO DEVIDO A CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE. NADA MAIS.

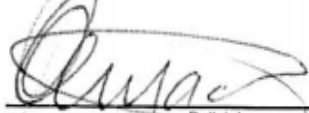
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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


Data 13/02/2019 11.41.03


Policial


Interessado



TAMBÉM É IMPORTANTE RESSALTAR QUE A PARTE AUTORA APRESENTA CERTIDÃO DE ÓBITO RELATANDO A CAUSA MORTIS POR CHOQUE SÉPTICO, INFECÇÃO AO TRATO URINÁRIO, CETOACIDOSE DIABÉTICA, DIABETES, SEMI OCLUSÃO INTESTINAL E POR TABAGISMO:


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF
637.738.214-68

MATRÍCULA
0947140155 2019 4 00005 177 0001284 57

SEXO COR ESTADO CIVIL E IDADE

NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
JOSÉ INACIO DA SILVA e REGINA LOPES FERREIRA Sítio Palmatória, 8975 SERRA CAIADA - RN

DATA E HORA DE FALECIMENTO DIA MÊS ANO

LOCAL DE FALECIMENTO
Hospital Deoclecio Marques de Lucena em PARNAMIRIM - RN

CAUSA DA MORTE

DECLARANTE
LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

CEMITÉRIO MUNICIPAL DE SERRA CAIADA - RN

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
Alessandro da Silva Dantas CRM:3674

OBSERVAÇÕES/ADVERTÊNCIAS À ACRESCER
Declarou que não deixou bens a inventariar. Deixou filhos: 4 filhos.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVERÍCO.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumpra salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de única beneficiária.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.



CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, o dia que o mesmo ocorreu, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela e qual valor;

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos com endereço à Rua São José, nº 90, Grupo 810 a 812, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP:20.0010-020, Tel: 21-3265-5600, corporativo@joaobarbosaadvass.com.br e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do **DR. JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, inscrito na sob o nº **OAB/RN 980-A** e **ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**, inscrito sob o nº **OAB/RN 5432**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 13 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
OAB/RN 5432

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN 980-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **Antônio Martins Teixeira Junior**, inscrito na OAB/RN sob o nº 5432, **Chalana Cunha Mota**, inscrita na OAB/RN sob o nº 10.852, **Thiago Miranda Gonçalves de Oliveira**, inscrito na OAB/RN 9.379, **Fernanda Christina Flôr Linhares**, OAB/RN 12.101, **Rodrigo Azevedo da Costa** , inscrito na OAB/RN sob o nº 13.094 e **Caroline de Gois Kirsch**, inscrita na OAB/RN sob o nº 8.707 todos com escritório na Rua Miguel Arcanjo Galvao, N. 1952 - Ed Plenarium 9º andar, sala 906, Lagoa Nova, Natal - RN - CEP: 59.064-560, os poderes que lhes foram conferidos por **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO FREITAS DOS SANTOS**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **NATAL**, nos autos do Processo nº 08202388520158205001.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBSA FILHO - OAB/RN 980-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998

Cidade: Tangará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do acidente: 28/07/2018

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 26/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			68,75 %	R\$ 9.281,25



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO + CONSERVADOR DO TCE + ALTA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PRENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA EM 28/07/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL FRONTAL À ESQUERDA. FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190132998

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERENILSON DA PENHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO INACIO DA SILVA

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

Pag. 01949/01950 - carta_01 - INVALIDEZ



00020975

Carta nº 13964325



Procurador: JOSE ERENILSON DA PENHA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00567/00568 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13982096



Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO INACIO DA SILVA

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

Pag. 01215/01216 - carta_04 - INVALIDEZ

00060608



Carta nº 14188504



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

637.738.214-68

MANCISCO INACIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2016

Nome completo:

CPF:

MANCISCO INACIO DA SILVA

637.738.214-68

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

APRESENTADOR

51 PALMATORIA

8975

CASA

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

COM ROR

SAMA CRUZ

PR

59.245.000

E-mail:

84.98845-41250184.98897-4177

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 identificação 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

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 provarão 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: SAMA CRUZ - PR 04/02/2019

Nome: LINORVA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF: 34.446.924-30

Assinatura: Linorva Angelo da Silva Inacio

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: Maria Inez de Freitas P

CPF: 035.702.984-65

Assinatura: Maria Inez de Freitas P

2º Nome: Andrei Vasconcelos de Souza

CPF: 009.469.794-08

Assinatura: Andrei Vasconcelos de Souza

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 20/05/2020 12:04:42

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052012044191400000053849458

Número do documento: 20052012044191400000053849458

Num. 55987694 - Pág. 8

ATENÇÃO: VER VER 1º OFÍCIO DE NOT



Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s)
Handaluz Augusto de Silva
Luciano
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Em Rocha

Tabela Pública

Valido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Handaluz Augusto de Silva
Luciano
Esterlanislávia Karina B. M. Santos
Tabelia Publica





Corrente



Número do Sinistro: 3190132998
 Nome do(a) Examinado(a): Francisco Inacio da Silva
 Endereço do(a) Examinado(a): Sit Palmatoria, 8975
 Zona Rural Serra Caiada RN CEP: 59245-000
 Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001284756
 Data local do acidente: [28/07/2018]
 Data local do exame: [26/02/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE E DE PUNHO ESQUERDO. TEVE COLEÇÃO SUBDURAL ESQUERDA.
Data da Alta: 12/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PRENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO NEUROLÓGICO E DE PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.
 Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"</p> <p><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"</p> <p><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
 PUNHO - Lado Esquerdo</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
 () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
 LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
 (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 194, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 02010092000090

1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.3 Data de Expedição: 13/02/2019 11:41:03

1.4 Ligo CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 28/07/2019 09:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Plegante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Urbano

2.7 Logradouro: RUA GEORGINO AVELINO, CENTRO, SERRA CAIADA/RN

2.8 Número: XX

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: CENTRO

2.13 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FELIX DA SILVA INACIO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO INACIO DA SILVA

3.5 Data: Branca

3.6 Mãe: LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 12486309407

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 18/08/2000

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.14 RG: 003620658 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: X

3.18 Naturalidade: MACAIBA/RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA, SERRA CAIADA/RN

3.23 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

3.24 CEP:

3.25 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.26 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.27 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.28 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.29 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.30 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.31 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.32 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.33 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.34 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.35 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.36 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.37 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.38 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.39 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.40 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.41 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.42 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.43 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.44 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.45 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.46 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.47 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.48 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.49 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.50 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.51 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.52 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.53 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.54 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.55 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.56 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.57 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.58 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.59 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.60 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.61 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.62 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.63 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.64 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.65 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.66 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.67 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.68 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.69 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.70 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.71 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.72 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.73 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.74 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.75 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.76 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.77 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.78 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.79 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.80 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.81 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.82 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.83 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.84 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.85 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.86 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.87 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.88 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.89 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.90 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.91 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.92 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.93 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.94 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.95 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.96 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.97 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.98 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.99 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.100 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.101 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.102 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.103 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.104 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.105 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.106 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.107 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.108 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.109 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.110 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.111 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.112 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.113 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.114 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.115 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.116 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.117 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.118 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.119 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.120 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.121 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.122 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.123 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.124 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.125 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.126 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.127 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.128 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.129 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.130 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.131 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.132 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.133 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.134 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.135 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.136 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.137 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.138 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.139 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.140 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.141 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.142 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.143 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.144 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.145 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.146 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.147 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.148 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.149 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.150 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.151 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.152 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.153 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.154 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.155 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.156 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.157 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.158 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.159 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.160 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.161 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.162 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.163 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.164 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.165 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.166 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.167 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.168 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.169 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.170 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.171 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.172 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.173 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.174 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.175 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.176 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.177 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.178 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.179 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.180 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.181 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.182 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.183 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.184 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.185 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.186 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.187 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.188 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.189 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.190 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.191 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.192 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.193 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.194 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.195 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.196 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.197 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.198 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.199 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.200 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.201 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.202 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.203 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.204 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.205 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.206 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.207 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.208 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.209 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.210 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.211 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.212 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.213 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.214 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.215 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.216 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.217 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.218 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA

3.219 Cidade: RIO GRANDE DO NORTE

3.220 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2

Atendimento: 1702483 - LUIS FERNANDO MENACHO DA SILVA

Impresso por: 1702483 - LUIS FERNANDO MENACHO DA SILVA em 13/02/2019 11:41:12

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica a qual confere como original.

13 FEV. 2019

Em Rocha

Bela Martza Helena de Oliveira Pereira
Taboão

1º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL
Martza Helena de Oliveira Pereira
Taboão Paulista
Santa Cruz/RN - Fone: 3291-2016

Cartório Extrajudicial
Santa Cruz/RN
Escrevente Autorizada
Escrevente Autorizada

PROTOCOLADO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

20052012044191400000053849458

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 20/05/2020 12:04:42

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052012044191400000053849458>

Número do documento: 20052012044191400000053849458

Num. 55987694 - Pág. 13

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: 637.738.214-68 Nome completo da vítima: Francisco Inacio da Silva

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

Nome completo: Francisco Inacio da Silva CPF: 637.738.214-68

Profissão: ADOLENTE Endereço: SILVATÓRIA Número: 3375 Complemento: CASA

Bairro: COM. RURA Cidade: SANTA CRUZ DO VITA Estado: RN CEP: 59.245.000

E-mail: 84.9884541250 Tel. (DDD): 84.98897-4772

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

DADOS CADASTRAIS

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 - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0906 CONTA: 4336

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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;
- ☐ 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, base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e classificação 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, SANTA CRUZ - RN 04/02/2019

Nome, Francisco Inacio da Silva

CPF, 637.738.214-68

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: Maria Lucia de Fátima

CPF: 035.707.994-65

Mariaperecine de Freitas

Assinatura

2º Nome: André Soares de Azevedo

CPF: 009.469.394-08

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO 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.

FPS.001 V001/2018

ATENÇÃO: VER VER
1º Ofício de Nota



1.º
Mariz

Substituída
Fátima N. Santos Araújo

Estenislávia Kairina B. M. Santos
Escrevente

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Amadeu Augusto de Sá
Luciano
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade

Em Rocha

Tabelião Público

Válido Somente com o selo de
autenticidade e fiscalização

1.º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Efigênia Marques Rocha
Escrevente Autorizada

1.º
Mariz

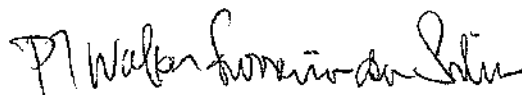




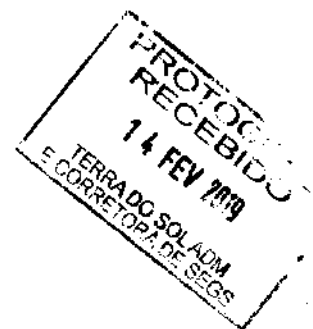
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrada a ocorrência Nº 76172/1 referente ao paciente **FRANCISCO INACIO DA SILVA** 50 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 R N, no dia 28/07/2018 em Serra Caiada/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 1 de novembro de 2018



Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador de Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



SAMU 192 RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
BARRO VERMELHO - NATAL/RN
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



CRAMADO

TARM: SAYONARA DE ARAÚJO FERREIRA MELO

Rádio Operador: ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 69 (MACAÍBA)

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

Médico Cena: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: FRANCINALDO MOURA SOUZA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ARIDAUTO CABRAL GUERRA - ENFERMEIRO☒ REGULAÇÃO
MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SERRA CAIADA

Nome do Solicitante: DR DAURIR CRM 7547

Telefone: (84) 99645-5093

Nome do Paciente:

FRANCISCO INACIO DA SILVA

Idade: *

50 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -6.1069581 Longitude: -35.7121569

Endereço: HOSPITAL DE SERRA CAIADA

Bairro:

Outro Bairro: CENTRO

Nº:

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

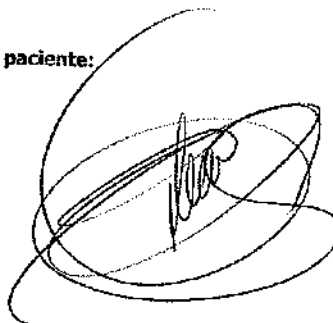
Observações Rádio Operador: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHA, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

Queixa Primária: TRAUMATISMO CRANIANO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:



CONDUTA

☒ Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATORIA 8975

CPF: 034.446.974-30

CLASSIFICAÇÃO

ZONA RURAL/AREA RURAL
SERRA CAIADA RN
58245-000

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

078275189

ÚNICA

1801/2019

164872

3001004578

1324502

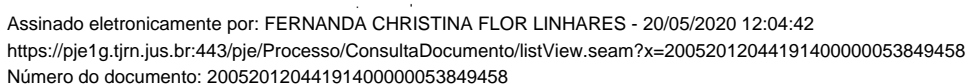
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	130,0000000	0,42466274	55,13
Coabrança de ICMS sobre Subvenção CDE			4,25
Contrib. Iurim. Pública/Municipal			3,55
Multa por atraso-NF 015305458 - 15/11/18			0,93
Juros por atraso-NF 015305458 - 15/11/18			0,88
Compensação GIC Anual 2018			-3,55

PROTOCOLO RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

TOTAL 64.00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
405029	1.4.1	15-01-2018	774,00	16-01-2018	16235,00	30	1,00000		180,00

PERÍODO		VALOR DO CÁLCULO	VALOR DO IMPÓSTO	COMPOSIÇÃO DO CUSTO
JAN/16	13	IGMS		Contribuição de Energia R\$ 15,71 35,75%
DEZ/16	127	PIS	65/13 16/00 9.92	Transmissão R\$ 2,06 5,22%
				Distribuição (Consumo) R\$ 17,85 44,78%



DADOS DO CLIENTE

JOSE ERENILSON DA PENHA

CPF: 024.336.394-09

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORDESAO

INTERESSADO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUATENENTE FRANCISCO ALVES DA
FONSECA 199

MARACUJÁ-ÁREA URBANA
SANTA CRUZ RN
59200-000

# UNIDADE	DATA	VALOR
013370052	UNICA	09/10/2018
06/10/2018	000000000	1254139

DATA	VALOR
05/11/2018	416,81
08/11/2018	

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira Vermelha
Contrib. Fun. Pública Municipal
Multa por atraso NF 000028011 - 08/07/18
Juros por atraso NF 010441852 - 07/08/18
Juros por atraso NF 010441852 - 07/08/18
Juros por atraso NF 000028011 - 08/07/18
Atualização IGP-M NF 010441852 - 07/08/18
Atualização IGP-M NF 000028011 - 08/07/18
Dação APAE - 3200-2500

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
444,0000000	0,71010180	315,28
		32,78
		45,00
		5,58
		5,58
		2,40
		3,88
		1,83
		2,27
		2,00

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Amostragem	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
1182327	SA	05-05-2018	41 644,00	05-10-2018	42 098,00	1,0000	444,00

Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%
OUT-18	441			OUT-18	441	
SET-18	393			SET-18	393	
AUG-18	369			AUG-18	369	
JUL-18	341			JUL-18	341	
JUN-18	297			JUN-18	297	
MAY-18	286			MAY-18	286	
ABR-18	487			ABR-18	487	
MAR-18	430			MAR-18	430	
FEV-18	486			FEV-18	486	
JAN-18	399			JAN-18	399	
DEZ-17	654			DEZ-17	654	
NOV-17	416			NOV-17	416	
OUT-17	466			OUT-17	466	

PROTÓCOLO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADIM
E CORRETORA DE SEGS

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

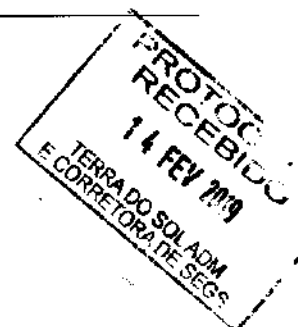
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu JOSE EMILSON DA PENHAinscrito (a) no CPF/CNPJ 624.336.394-109 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFRANCISCO INACIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 637.439.214-68do sinistro de DPVAT cobertura INVALID'062 da Vítima FRANCISCO INACIO DA SILVAinscrito (a) no CPF sob o Nº 637.439.214-68, 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: <u>Rua: TRINTA FRANCISCO ALVES DA FONSECA</u>	Número: <u>199</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MARCOZIN</u>	Cidade: <u>SARAA CARA</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail:		CEP: <u>39.200-000</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data: Santa Cruz PA 04/02/19JOSE EMILSON DA PENHA
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, Jalson Cosme de Oliveira
RG nº 3.274.023, data de expedição 23/02/2011
Órgão Itap-RN, portador do CPF nº 108.412.224-36
com domicílio na cidade de Serra Caiada, no Estado de RN
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Palmatória, nº _____
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Inácio de Silva cujo o condutor era
Francisco Inácio de Silva
Veículo: Moto Honda Modelo: CG 150 Titan ES Ano: 2004/2004
Placa: MNB-3814 Chassi: 9C2KE08504R009855
Data do Acidente: 28/07/18

OFÍCIO ÚNICO
DE SERRA CAIADA

Local e Data

Serra Caiada 07/02/2019

JALSON COSME DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:
Jalson Cosme de Oliveira
por ter sido aposta neste
documento em minha presença
Serra Caiada / RN 07/02/2019
Em fé e testemunho _____ da verdade
Rayslla Caroline Oliveira Vicente
Tabela Substituta



HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

Rua: Manoel Xavier Bezerra, 51 - Centro- Serra Calada/RN - Tel.: 84 3293-0200.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 20

Nome: Francisco Inacio da Silva Profissão: _____
Data de Nascimento: 20/06/68 Idade: 50 Anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Cor: Pardos Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: O. E. de Souza Estado Civil: _____ Identidade: 001 284
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Priscila Lopes Ferreira
ENDEREÇO: Cidade Palmatama Nº _____
Bairro: Zona Rural Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caridade Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL 300 x 60 PESO _____ TEMP _____ HGT _____ FC 79 SPO2 89
HISTÓRICO ATUAL: Hipertensão () Diarreia () Emese () Artralgia () Dor generalizada () Edema () Prurido ()
Dispneia () Dor retroorbitária () Linfonodomegalia () Exantema ()

Outros _____

176 mm.

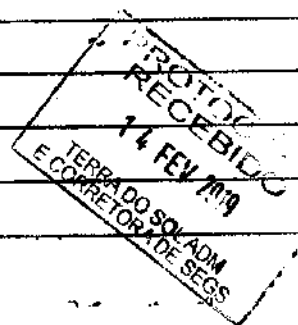
PROCEDIMENTO PA: 300 x 60 SpO2 _____

Atenção com 1, Respiração Ventral 2, Respiração noturna f.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Recebido Dr. Colun.

Dr. Adriano
Clínico Geral
CRM 7547



HOSPITAL E MATERNIDADE DONA TECA

Rua: Manoel Xavier Bezerra, 51 - Centro- Serra Caiada/RN - Tel.: 84 3293-0200.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 20

Nome: Francoise Inacio da Silva Profissão: _____
Data de Nascimento: 12.06.1968 Idade: 50 Anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Cor: Amarela Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: S. Bla. de Guaruá Estado Civil: _____ Identidade: 001 284
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Rogério Lopes Ferreira
ENDEREÇO: Cidade Palmatama Nº _____
Bairro: Zona Rural Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28.07.18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL: 100/60 PESO: _____ TEMP: _____ HGT: _____ FC: 75 SPO2: 89
HISTÓRICO ATUAL: Hipertemia() Diarreia() Emese() Artralgia() Dor generalizada() Edema() Prurido()
Dispneia() Dor retrorbitaria() Linfonodomegalia() Exantema()

Outros

T26 mm.

PROCEDIMENTO PA: 300 X 60 SPO2

Monitor para 1, Respiração Verbal 2, Análise motor 1.

Relatório M. Colun.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Dr. André F. Lima
Médico Geral





NEUROCIRURGIA - AMARELO

Paciente: **85502 - FRANCISCO INACIO DA SILVA** (50 a 2 m 27 d)
Nascimento: 12/05/1968 Natural: SENADOR ELOI DE SOUZA. BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 708105811956710 CPF: Prof:
Mãe: REGINA LOPES FERREIRA Pai:
Logradouro: PALMATORIA, 1 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO
CEP: 59245000 Bairro: SERRA CAIADA Compl:
Telefone: 84.987279153

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

Fluxograma:

OBS:

Discriminador:

Classificação: 08/08/2018 17:46:52

HORA	P.A.	HGT	SAT. O2	PO2 IE	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VINDO DO DEOCLECIO PARA AVALIAÇÃO DA NC QUEIXANDO-SE DE
DESORIENTAÇÃO

Hora: _____

paciente SOA, internado no hospital pelo neu
dando RE/MO em 28/07/18. Acaba internado com o
NC e entra no decúbito por choque ortopédico no MSE, porém evolu
com Afasia! Analisa o Exame físico e há evidência de lesão
Subaral frontal

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	TOC
B	1008/18 12.54
C	onda / Thupgo
D	erúrio
E	Eloncelo

Com 06mm de espessura

sem DM, 26 anos

Hipótese subaral? HSC

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

No momento, eufórico e Afasia
Afásico / Alerta / Pupila no / HSC

Medico: _____
Exame: _____
Técnico: _____
Data: 08/08/18 17:58:35
TOMOGRAFIA/AXIAL

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

DEE

*Gerado via SX por GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS. Impresso em 08 de Agosto de 2018.

Cd: Interferência Hospitalar (Sobito exome lala.
Rota. anulação de transição e renúncia de opie e exome



EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 18/09/18
 MAT. Nº. SAME
 ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Internação

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

NEN

DATA: 08/09/18

HORA: 18:30

SAÍDA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

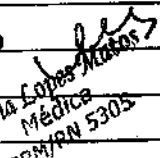
HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Nome: Francisco Inácio da Silva Idade: _____ Nº Reg.: _____
Serviço: _____ Enf.: _____ Leito: _____

EVOLUÇÃO

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
08/08/18	Solicitação de avaliação pela neuro- cirurgia (contato prévio com Dr. Sergio Pontes)
	Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma um joelho e fratura de perna (E). Foi atendido no HUG - realizou TC - e foi encaminhado p/ este hospital para ortopedia dia 01/08. No dia 02/08 evoluiu com RNC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes. Realizou TC em 06/08 que inter- preta hematoma subdural?
	Como medicações: - Distúrbio psiquiátrico - uso de risperidona, neozine, quetiapina, risperidona, clonazepam (após ALI em - DM - HAS - ALI prévio em 2011
	No momento - ECG 13 ACV: RCP TC: 52 PA: 136 x 70 FR: 14 FiO2: 100% (ar ambiente)
	OBS: Anexo laudo TC.
	Carla,  Fátima Lopes Martins Médica CRM/RN 5305

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 18/08/18
MAT. Nº. _____
SAME
ASSINATURA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO <input checked="" type="radio"/> FEMININO <input type="radio"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF
16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Queda de peso e o res focal de pulso (18) cholesterol com Apnea. Alente. Respiração.
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Clínico + Progressivo.
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Reborn = Colapso Subdural frontal (E) Comum (Hiperativo? Hese?)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Colapso Subdural.	S06.8		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
030304008-4	nen		CONFERE ORIGINAL NATAL, 18/09/18 MAT. Nº. 18/09/18 30 - CNES / CPF 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONS)
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSINATURA		
trabalho com o Colapso Subdural.			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - CID PRINCIPAL	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AMH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Assinar: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em esp

Nome FRANCISCO INACIO DA SILVA

Leito: Poltrona 17

Idade: 50 ANOS

Nº Registro: 85502

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/18

Hora: 19:45

#NCR- ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAMINHÃO. FAIXA 21 DIAS.
EVOLUIU COM RNC + DEFICIT MOTOR A ①. TC DE CRÂNIO EVOLUIU COM COLAPSO
SINDROME A ESQUERDA, SÍNDROME DE LAMARCA. NO MOMENTO EVOLUIU COM SÍNDROME
DESPONTANEO NO TRONCO/EXTREMIDADES. TEM RISCO DE AVALIAÇÃO EM ZONA, SEM SEQUELAS.

~~PR~~ ①, ②, ③, DISTÚRBIO ISQUIÊMICO (ACORDANDO NO SÍTIO MORTAL)

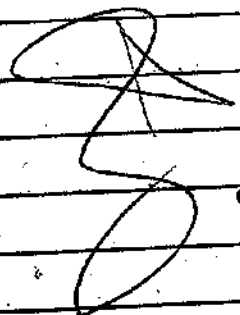
MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA 3x, NEOSTIGMINE 1x, FENOTEROL 1x, RISPERIDONA 2x, CLONIDINA 2x

GLIBENCLAMIDA 12/12h; METFORMINA 850mg 3x

AD EOL ISOCÓRICO, RNC, CONSCIENTE, DESPONTANEO, GLIBENCLAMIDA 4+4+6=14, S/DIAZEPAM
FOUO. NÃO LINGUI, NÃO PRESSIONA.

COLO: ① SOLICITAÇÃO EXAME LABORATORIAL
② FASE INICIAL

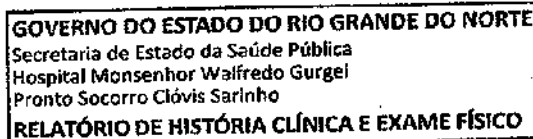
+ DR JOAO NETO



Fabio Barros
MR - Neurocirurgia
CRM - RN 9484
CNES: 708202696108592

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/08/18
MAT. Nº
SOME
ASSINATURA





Nome: Premio Groso Nº Registro: _____
 Serviço: NER M 17 Idade: _____ Leito: _____

~~UNIVERSIDADE~~ EVOLUÇÃO

09/08/2018 TCE HSD & E sem Dk m

Patient's peripheral darkening
 of response to TCT
 No 15th ECG 13 (0.3, 2.4, 1.6)
 minor Basal neurology
 of cerebellum; of cerebellum
 of cerebellum

Dr. Herbert Clement Dore
 1200 14th St. N.E.
 Seattle, Wash. 98109

A2108/18 NLR TUE HSDA Lannar

- Somnolento. Insonia erra noite
- Disputa ao chamado
- Sem defeito.
- ~~At~~ Ao 2º Andar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/09/48
MAT. Nº. 1 SAME

Golden Plover
5674

13/05/18

5° OIH : AVC; 218, 400 on 1984

~~Aviso~~

~~ASSINATURA~~

~~PARE~~

~~Distrito pautado~~

TCE próximo ao PAF

TCE prior to 1971
since the Committee began to operate

Higroma laminae frontalis (E) sem efeito de me

Exatidão em ponto de vista (E) #

Paciente epouhi estress, com intercorrências

Verstärkend

5000000

Governmente de 4 miembros

Confidential

Exams lab OK

Condute = Sem condute Neurocirurgica, no momento
Ao 3º orden

14/8/18 Patient mankin chela nishchit
Vrta, verabha, resurpa, conchy, dermal
mobility or y perunip; pfaller;
sp th culla

Ramona B. Chaudhary
Neurocystology
1907
Dr. Herbert C. Chaudhary
1907

Ramon B. Sanchez
 Neurologista
 02-91-901407
 Dr. Herbert Diamond, D.D.
 Neurologia Neurológica
 02-91-901407

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



OU CASO A VITÓRIA SE NEXA, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Óftalmos se abrem espontaneamente.	4
Óftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Óftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Óftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV):	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o tempo, a data, etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala solta, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Demanda com articulação precária.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada dos membros a dor.	4
Padrão flexo à dor (Bicúbito flexo).	3
Padrão extensor à dor (Dancetribol).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	8-7 = 2
	6-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-8 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	76-90 = 3
	60-75 = 2
	1-60 = 1

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para prever o desfecho do ferido. Referência: Adaptado de Champion H.L. Secor W.J. Copes, et al. A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5): 624, 1992.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 04=grave (necessidade de intervenção imediata)
05-06=moderado
10-15=leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a feridos com GCS e que estejam com nível superior a 3 após 1h da Escala Qualitativa admitir-se ao centro que classifica a lesão de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS) _____	
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) _____	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____	
V (PASSADO VACINAL) _____	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) 	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS
	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA: DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA: DATA:
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / / HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	
OBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP	





Mae - Regina Lopes Severina Nº 51
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Fuadassu Inacio da Silva
IDADE: 12/05/1968 COR: Preto SEXO: MASC ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: Severina PROFISSÃO: Trabalhador PROCEDÊNCIA: ---
ENDEREÇO: Silvia Palmeira - 1 BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Severina DATA: 01/08/2018 HORA: 11:20hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSAO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐
PUPILAS ☐ A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) ☐ B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ☐ C) PRESSÃO ARTERIAL ☐
ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C ☐
TEMP. ☐ RESPIRAÇÃO ☐ PULSO ☐ T.A. ☐

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Fratura punho (E)

EXAME FÍSICO

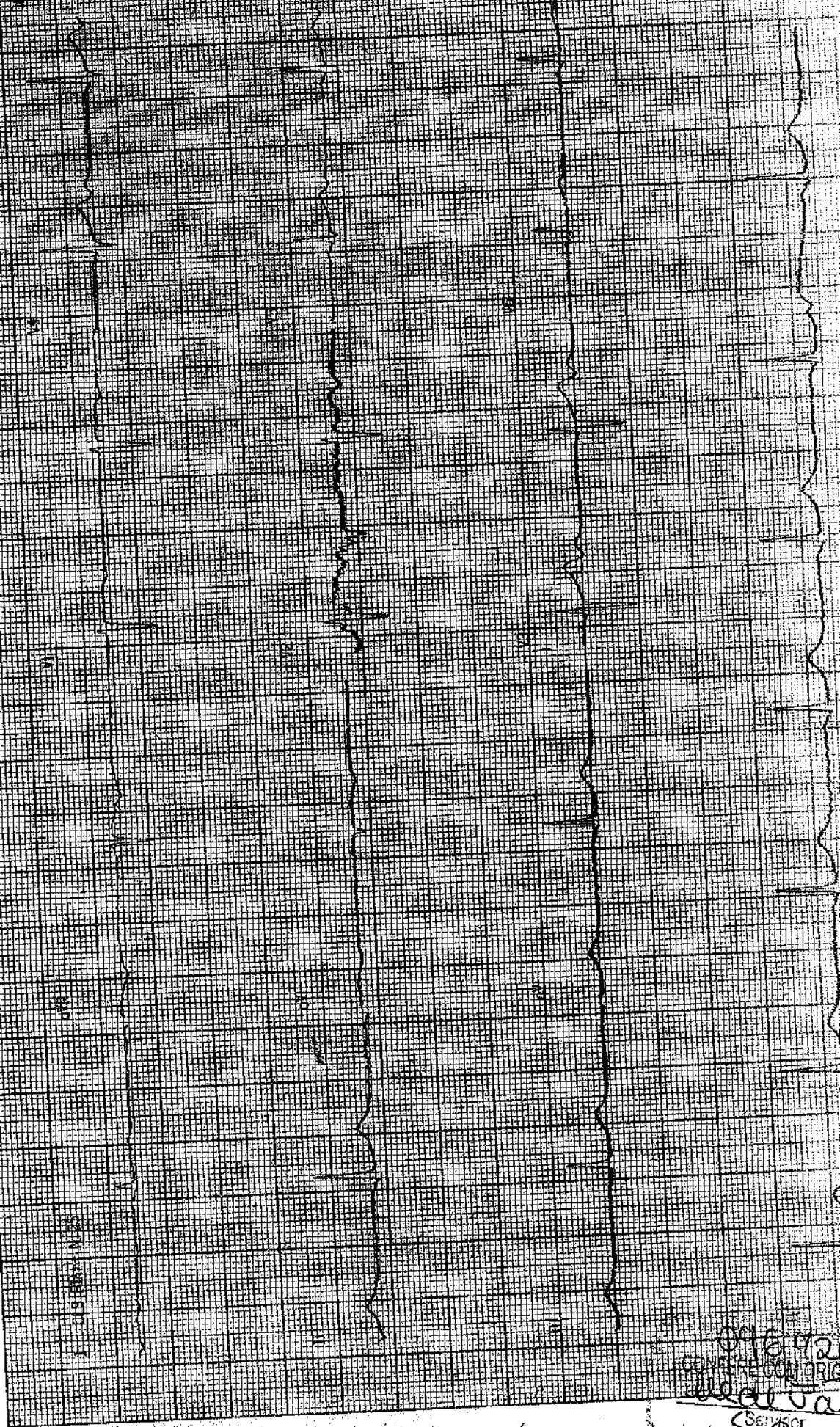
SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS					
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP. PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura punho (E)

096921-
CONFERE COM ORIGEM
de Feito
S. Servidor
TEMP. PULSO

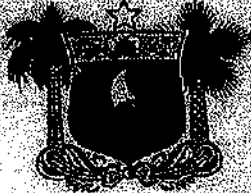


Gr. Início da Silva
05/08/18 8h L.O.S



016/92
CONFERE COM ORIG
Marta
S. R. A.





Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica de exame:

Exame realizado em equipamento tomográfico *multislise*, com aquisição axial isotrópica e reformatações nos planos sagital e coronal, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Os seguintes aspectos foram observados:

Craniotomia temporo-parietal esquerda.

Imagem hipodensa côncavo-convexa, subdural, localizada nas regiões frontal e parietal esquerdas (hematoma subdural? higroma?).
A critério clínico prosseguir investigação/realizar seguimento.

Imagens com densidade metálica, promovendo artefatos de endurecimento do feixe de raios-x, prejudicando o estudo das estruturas locorreionais, localizadas nos lobos temporal e parietal esquerdos. Correlacionar clinicamente.

Área hipodensa localizada da substância branca profunda do lobo parietal esquerdo, podendo estar relacionada ao procedimento cirúrgico/lesão traumática.

Sistema ventricular de topografia, morfologia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas da base.

Não há evidência de processo expansivo intracraniano.

Achado adicional:

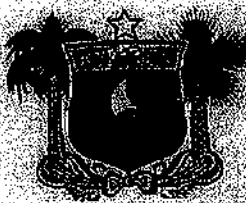
- Conteúdo heterogêneo, hipodenso/hiperdenso, localizado no interior dos seios maxilares, podendo estar relacionado a hemossinus.

Laudado Por
Odilon Otton Guimarães Neto
CRM-RN 50.177 / RADIOLOGISTA

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N - Santos Reis - Parnamirim/RN - (84) 3044-6404

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
de S. Barros
S. Barros





Paciente: FRANCISCO INAGIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

Fraturas nos seios maxilares e zigomático direito.

Laudo gerado no dia: 06/08/2018 21:13. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbarad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: awn8EUIH para acesso.

Laudado Por:
Odilon Otton Guimarães Neto
CRM: RN 5008 / RADIOLOGISTA

09602
CONFERE COM ORIG
do de Tod
Servidor
S. Bar

Rua Dr. Sadf Mendes, S/N - Santos Reis - Parnamirim/RN - (84) 3644-8491

Pag. 2





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA		REGULAÇÃO	
ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161800	
DATA	HORA	CATEGORIA	
01/08/2018	11:56	GIH	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
FRANCISCO INACIO DA SILVA		12/05/1968	
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
CASADO		AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		UF	
SÍTIO PALMATÓRIA, 8975		RN	
MUNICÍPIO	BARRIO	CEP	
SERRA CAIADA	ZONA RURAL	59245-000	
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO		JOSE INACIO DA SILVA	
REGINA LOPES FERREIRA		TELEFONE	
RESPONSÁVEL		98871-8757	
FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)			
ENDEREÇO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Edmar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia - Traumatologia

046921-
CONFERE COM ORIGINAL
do de Vate
S. Paulo





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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Francisco Inácio da Silva</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>	10 - TELEFONE DE CONTATO		
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Queda da mãe e o bebê por volta de julho (18) envolvida com hemorragia. Análise. Ruptura do...</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Clínico + Neonatal</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Reborn = Colégio Subdural hontel (E) Gama (Aprova? Nesse?)</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Colégio Subdural</i>	21 - CID INICIAL <i>506.8</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>030304008-4</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>Tratamento com o Colégio Subdural</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>nen</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>CONFERE ORIGINAL NATAL, 18/09/18 MAT. Nº. 01/109/18 30 - CNES / CPF 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONS.) ASSINATURA</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
40 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
41 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNES / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
-------------------------------	------------------	-----------------	--	--	------------------	------	--	--

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial...

Nome FRANCISCO INACIO DA SILVA

Leito: 1011111 17

Idade: 50 ANOS

Nº Registro: 85502

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSORIAIS

Data: 08/08/18

Hora: 19:45

#Nº2- ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAMINHÃO. HAVIA 11 DIAS EVOLUINDO COM RNC + DÉFICIT MOTOR A (D). TC DE CRÂNIO EVOLUINDO COM COLEÇÃO SUBDURAL ESQUERDA, FRAÇÃO DE LÍQUOR. NO MOMENTO FULCRUM-57 CONFIOSO, DESCRIMINDO NO TEMPO/ESPAÇO. TEM REGISTRO DE AVCU EM 2011, SEM SEQUELAS.

PARO, DRUG, DISTÚRBIO PSICOMOTOR (ACORDANDO NO SÍTIO MORTUÁRIO)

MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA 3x, NEOPRIM 1x, FENOTEROL 1x, PARALITOL 2x, GABAPENTIN 2x

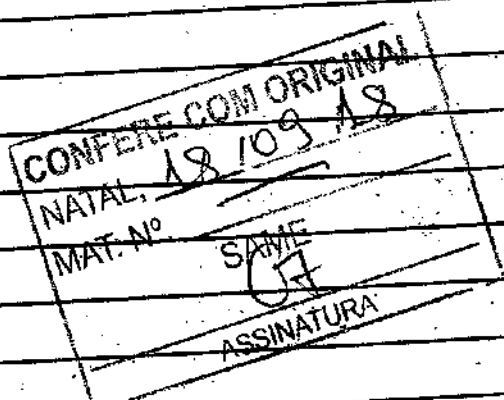
GLIBENCLAMIDA 12/12h; METFORMINA 850mg 3x

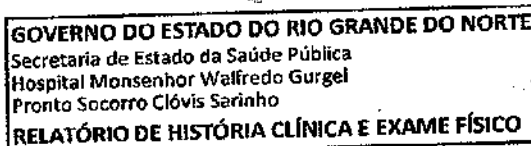
AD EPI 1 SOCORRO, RNC, COLEÇÃO, DESCRIMINDO, GLIBENCLAMIDA 4+4+6=14, S/OXIGÊNIO. FOME. NÃO LING. MOTA PRESENTE.

COL: (1) SOLICITAÇÃO EXAME LABORATORIAL
(2) EXAME FÍSICO

+ DR JOAO BATISTA

Fabio Barros
MR - Neurocirurgia
CRM - RN 0484
CNES: 708202696108592



**Service:**

Promino Groco
NCR M17

Leito:

EVOLUÇÃO

09/08/2018 TLE HSD @ E sem DLM

Parado de Aves.
Paciente portador de distúrbio
psiquiátrico; af. história de TCE
há 15 dias. ECG-13 (0.9, V4, M6)
mostrou lesões neurológicas
cardíacas; af. alguns
membros; af. alterados

~~D. Herbert Clement, D.D.
Neurologist-Neurosurgeon
Phone 1-641-244~~

1/21/08/18 NUR TX HSDA banner.

- Sonoletos. Insônia em noite.
- Desperta ao chamado.
- Sem defeitos.
- ~~At~~ Ao 2º Anel

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/09/18
MAT. No. 1

And here was here
56th

13/05/12

5th DIV : AVC; 21/11/10 on 21/11/10

Restioides prietisticus

TCE número 201 PAF

Sinon de *Cynostomus* presé à Siquel

Sinóti de ciemolome pueri a sapo
Higromia laminar frontal (E) com efeito de me

Fratura em ponte de 10 (E) +

Pacienta evolui interesat, rem intererentia

Leistung des Verpflichteten

5000

Members 50 4 members

Marvin
Confess

Exams lab OK

Condute = Som condute Neurocircuitry, no monoh
Ao 2º order

14/8/18 Present man's school teacher
Hil, verholje, resp. no confus; derma no le
mobility or 4/ beginning; effect;
No th end

Ramon B. Sandoval
Neurocircuitry &
Neuroscience
Dr. Herbert Clinehart Dore
Neuroscience
April 1978

Rendon B. Mendoza
 Neurocirujia
 12/11/2017
 Dr. Herbert Clemente Dore
 Neurocirujia
 12/11/2017

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olfhos se abrem espontaneamente.	3
Olfhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, o qual faria marcar 4, se não 3.)	2
Olfhos se abrem por estímulo doloroso	1
Olfhos não se abrem.	0
Melhor resposta verbal (MRRV)	5
Orientado (responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, o tempo, a data e etc.)	4
Confunde (responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	3
Palavras inapropriadas (fala incoerente, ou sem uma frase convencional)	2
Sons ininteligíveis, ou segundo sem sentido ou palavras	1
Ausência	0
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Parceiros simples quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Retirada de membros dolor.	3
Padrão flexo à dor (Desorientação)	2
Padrão extensor à dor (Desorientação)	1
Sem resposta motora.	0

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4
	9 - 120 = 3
	8 - 80 = 2
	4 - 30 = 1
	30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 280 = 4
	>280 = 3
	8 - 30 = 2
	1 - 50 = 1
	80 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4
	75 - 90 = 3
	50 - 70 = 2
	1 - 40 = 1
	00 = 00

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - 08 = grave (necessidade de
intervenção imediata);
09 - 3 = moderado;
14 - 15 = leve

* Rochester: TEASDALE G. JENNEY, B.
Assessment of acute and impaired
consciousness. A practical scale. Lancet
1974;2:81-84

14 A banca proposta aplica-se a eleições municipais e que colaboram com idêntico superior a 7 anos. No Estado Quênia, a maioria dos membros da Assembleia Nacional é eleita por sufrágio universal e direto.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE

FRANCISCO INACIO DA SILVA

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161800

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

708 1058 1195 6710

8- DATA DE NASCIMENTO

12/05/1968

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE

REGINA LOPES FERREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

98871-8757

13- NOME DO RESPONSÁVEL

FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO PALMATORIA, 8975

16- MUNICÍPIO

SERRA CAIADA

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59245-000

Justificativa de Informação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deficiência do membro superior direito

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EC + EF + FX

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ulcera de pressão

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

Deficiência do membro superior direito

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

() GNS () CPF

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

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TIPO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

62- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

09.69.01
CONFERE COM ORIGINAL
de Valter
6.9.01



DADOS DO CLIENTE
LINDAIVA ANGELO DA SILVA INACIO

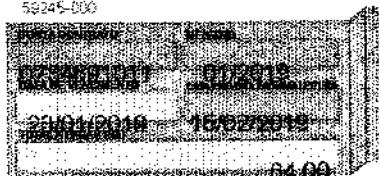
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1 PALMATORIA 8975

CPF 034.448.974-30
CLASSIFICAÇÃO

ZONA RURAL (ÁREA RURAL)
SERRA CAIADA RN
55245-000

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

01/01/2017	UNICA	16/01/2019
01/01/2017	UNICA	16/01/2019
16/01/17	0001004570	1304500

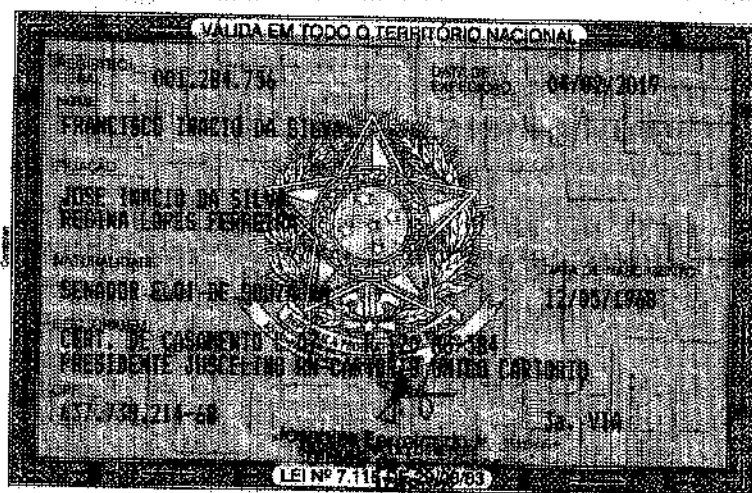
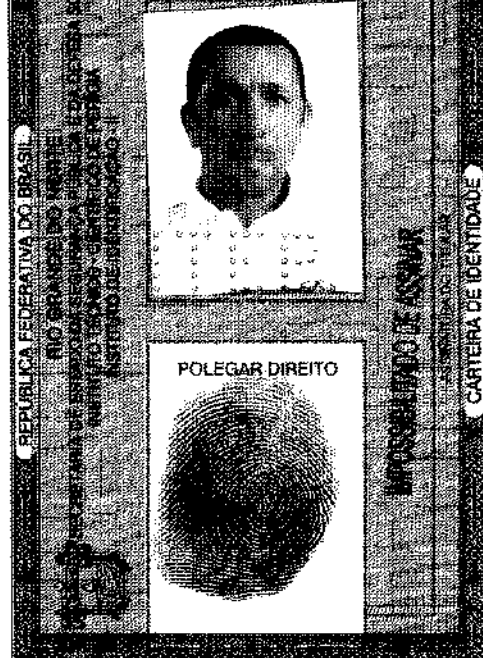



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (WAt)	130.000000	0.42409274	55.13
Cobrança de ICMS sobre Cobrança CDE			4.28
Cobrança de ICMS sobre Cobrança CDE			6.56
Multa por atraso (R\$ 015005458 - 16/01/17)			0.93
Juros por atraso (R\$ 015005458 - 16/01/17)			0.68
Compensação DIO Anual 2016			-3.65

TOTAL 84.00

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
050002		16/01/2019	10.000.00	10.000.00	20	1.00000			1.00.00

ANEXO 1	ANEXO 2	ANEXO 3	ANEXO 4	ANEXO 5	ANEXO 6	ANEXO 7	ANEXO 8	ANEXO 9	ANEXO 10
ANEXO 1	ANEXO 2	ANEXO 3	ANEXO 4	ANEXO 5	ANEXO 6	ANEXO 7	ANEXO 8	ANEXO 9	ANEXO 10



1,74 m		Rosa Pereira da Penha	
SEX / SEXO		DATA NASC	
19011684276		08 10 1975	
CUTIS		CABELO	
Branca		Cast. Cl. Ond.	
NATURAL DE		SANTA CRUZ/RN	
LOCAL E DATA DE EMISSÃO		Natal/RN, 30 de dezembro de 2015.	
O TITULAR TEM NOME INSCRITO EM LUGAR DEBILITADO E PROIBIDO, SUBMETIDO À FISCALIZAÇÃO POR DETERMINAÇÃO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, DE ACORDO COM O DECRETO Nº 12.240, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2015.			
 CARLOS ROBERTO DE OLIVEIRA - CAP-GOPI CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN			

PROTÓTIPO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL
F. CORRÊA

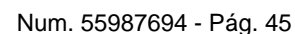
TOTAL OF PAGE 418.81

DATA	VALOR DE	%	VALOR DO	Descrição do Trabalho	Nº	VALOR	VALOR DO
	CAVALO		DIÁRIO				
02/01/10	400			Trabalho de limpeza	01	100,00	100,00
03/01/10	400			Trabalho de limpeza	02	100,00	100,00
04/01/10	400			Trabalho de limpeza	03	100,00	100,00
05/01/10	400			Trabalho de limpeza	04	100,00	100,00
06/01/10	400			Trabalho de limpeza	05	100,00	100,00
07/01/10	400			Trabalho de limpeza	06	100,00	100,00
08/01/10	400			Trabalho de limpeza	07	100,00	100,00
09/01/10	400			Trabalho de limpeza	08	100,00	100,00
10/01/10	400			Trabalho de limpeza	09	100,00	100,00
11/01/10	400			Trabalho de limpeza	10	100,00	100,00
12/01/10	400			Trabalho de limpeza	11	100,00	100,00
13/01/10	400			Trabalho de limpeza	12	100,00	100,00
14/01/10	400			Trabalho de limpeza	13	100,00	100,00
15/01/10	400			Trabalho de limpeza	14	100,00	100,00
16/01/10	400			Trabalho de limpeza	15	100,00	100,00
17/01/10	400			Trabalho de limpeza	16	100,00	100,00
18/01/10	400			Trabalho de limpeza	17	100,00	100,00
19/01/10	400			Trabalho de limpeza	18	100,00	100,00
20/01/10	400			Trabalho de limpeza	19	100,00	100,00
21/01/10	400			Trabalho de limpeza	20	100,00	100,00
22/01/10	400			Trabalho de limpeza	21	100,00	100,00
23/01/10	400			Trabalho de limpeza	22	100,00	100,00
24/01/10	400			Trabalho de limpeza	23	100,00	100,00
25/01/10	400			Trabalho de limpeza	24	100,00	100,00
26/01/10	400			Trabalho de limpeza	25	100,00	100,00
27/01/10	400			Trabalho de limpeza	26	100,00	100,00
28/01/10	400			Trabalho de limpeza	27	100,00	100,00
29/01/10	400			Trabalho de limpeza	28	100,00	100,00
30/01/10	400			Trabalho de limpeza	29	100,00	100,00
31/01/10	400			Trabalho de limpeza	30	100,00	100,00

Priloge se sastoji od dvije stranice. Na prvoj strani, u gornjem lijevom kutu, nalazi se naslov "Priloga" i broj "1". U gornjem desnom kutu nalazi se broj "1". U sredini strane nalazi se naslov "Priloga" i broj "1". Na donjoj strani nalazi se broj "1".

[illegible]

PROT. RECIBO
14 FEB 1999
TERRA DO SOL
F. CORR. TOR. DE L. A.



LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 034.448.974-30

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
ASPECTO RURAL

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

018216181	ÚNICA	18/01/2018
018216181	018216181	18/01/2018
018216181	018216181	18/01/2018

018216181	018216181
018216181	018216181
018216181	018216181

Compensação Aluguel
Compensação ICMS sobre Subversão COE
Compensação ICMS sobre Subversão COE
Multa por atraso NF 015305468 - 10/11/18
Juros por atraso NF 015305468 - 10/11/18
Compensação FIC Anual 2018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
130.000,00	0,42408274	55,13
		4,25
		6,56
		0,83
		0,89
		3,55

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
905129		100	16.05.2018	16.05.2018	30	1.950,00

ANEXO	DATA	VALOR DO IMPORTE	VALOR DO CANCELAMENTO	VALOR DO CANCELAMENTO
02118	18/01/2018	55,13	10,00	5,13
02118	18/01/2018	55,13	10,00	5,13

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Lindalva Angelo da Silva Inacio

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.941.550 DATA DE EXPEDICAO 03/11/2017

NOME LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

FILIAÇÃO FRANCISCO ANGELO SOBRINHO
SEBASTIANA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE SERRA CAIADA RN DATA DE NASCIMENTO 10/05/1975

CPF 034.448.974-30

RESIDENTE JUSCELINO DE CARVALHO CANTONIO

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

A 2060

NOTA RECEBIDA
14 FEV 19
TERRA DO SOL
E CORRETORES DE SI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ANDRE XAVIER DA PENHA FILHO



DOC IDENTIFICAD. CRI. PASSADO 25

1934328

ITET

DTA

CPI

008.868.394-08

DATA NASCIMENTO

27/10/1980

FILIAÇÃO

ANDRE XAVIER DA PENHA

ROSA PEREIRA DA PENHA

PERMISSÃO



ACC



CATIA

AD

Nº REGISTRO

01070270240

VALIDADE

25/06/2019

1ª HABITAÇÃO

28/11/1998





Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para mais informações, consulte o site: www.cosern.org.br

Comissão Organizadora do Evento: COSERN
Rua Marquês de Pombal, 100 - Centro - 01001-900 - São Paulo - SP
CNPJ nº 06.948.080/0001-00

INFORMAÇÕES GERAIS

Assinatura:

Assinatura:

CPF: 000.000.000-00

CLASSIFICAÇÃO

1º PRÊMIO: R\$ 10.000,00
2º PRÊMIO: R\$ 5.000,00
3º PRÊMIO: R\$ 2.500,00

DATA DE REALIZAÇÃO: 10/03/2018
LOCAL: SÃO PAULO

RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO	CONTEÚDO	VALOR
1º PRÊMIO	R\$ 10.000,00	10.000,00
2º PRÊMIO	R\$ 5.000,00	5.000,00
3º PRÊMIO	R\$ 2.500,00	2.500,00

700734410 - 01/03/18

10/03/2018 - 00/04/2018

140.42

CLASSIFICAÇÃO	CONTEÚDO	VALOR
1º PRÊMIO	R\$ 10.000,00	10.000,00
2º PRÊMIO	R\$ 5.000,00	5.000,00
3º PRÊMIO	R\$ 2.500,00	2.500,00
4º PRÊMIO	R\$ 1.250,00	1.250,00
5º PRÊMIO	R\$ 625,00	625,00
6º PRÊMIO	R\$ 312,50	312,50
7º PRÊMIO	R\$ 156,25	156,25
8º PRÊMIO	R\$ 78,12	78,12
9º PRÊMIO	R\$ 39,06	39,06
10º PRÊMIO	R\$ 19,53	19,53

CLASSIFICAÇÃO	CONTEÚDO	VALOR
1º PRÊMIO	R\$ 10.000,00	10.000,00
2º PRÊMIO	R\$ 5.000,00	5.000,00
3º PRÊMIO	R\$ 2.500,00	2.500,00
4º PRÊMIO	R\$ 1.250,00	1.250,00
5º PRÊMIO	R\$ 625,00	625,00
6º PRÊMIO	R\$ 312,50	312,50
7º PRÊMIO	R\$ 156,25	156,25
8º PRÊMIO	R\$ 78,12	78,12
9º PRÊMIO	R\$ 39,06	39,06
10º PRÊMIO	R\$ 19,53	19,53

CLASSIFICAÇÃO	CONTEÚDO	VALOR
1º PRÊMIO	R\$ 10.000,00	10.000,00
2º PRÊMIO	R\$ 5.000,00	5.000,00
3º PRÊMIO	R\$ 2.500,00	2.500,00
4º PRÊMIO	R\$ 1.250,00	1.250,00
5º PRÊMIO	R\$ 625,00	625,00
6º PRÊMIO	R\$ 312,50	312,50
7º PRÊMIO	R\$ 156,25	156,25
8º PRÊMIO	R\$ 78,12	78,12
9º PRÊMIO	R\$ 39,06	39,06
10º PRÊMIO	R\$ 19,53	19,53



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998

Cidade: Tangará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do acidente: 28/07/2018

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE.

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, USA CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO, DEFICIT COGNITIVO, FORÇA MUSCULAR DE MMII GRAU 1, RESPOSTAS INCONGRUNTES.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 26/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			68,75 %	R\$ 9.281,25



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190132998 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: F

Resultados terapêuticos: T

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: FRANCISCO INACIO DA SILVA Data do acidente: 28/07/2018
cobertura INUR estado civil: CASADO Profissão: APOSENTADO
portador(a) do RG 007-284-756 órgão expedidor 1168 e do CPF: 637.738.214-69
residente no(a) SI PALMATORIA nº 8975 bairro: ZONA RURAL
município: SANTA CRUZ


Outorgado (Procurador):

Nome: JOSE HENRIQUE DA SILVA brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: PAZIN MILITAR portador(a) do RG 73.703
órgão expedidor PM e do CPF: 024.336.394-09 residente no(a) PM
PM: PRAÇA MUNICIPAL N.º 198 bairro: MARACÁ
município: SANTA CRUZ

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Podendo apresentar, firmar documentos, declarações, assinar formulários, enviar documentos, correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

	Local e Data: <u>SANTA CRUZ - PE 04/02/2019</u>	TESTEMUNHAS 1ª Nome: <u>MARILENE DE PAULAS</u> <u>035.202.944-65</u> <u>Luciene de Freitas Penh</u> Assinatura
	Nome: <u>LINDOMAR ALVES DA SILVA</u> <u>034.446.974-30</u> <u>Andréa Angelo da Silva Sando</u> (*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

ATENÇÃO!!!

ATENÇÃO VER VERSÃO
de Notas



1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Deudalga Angélica de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelia Pública

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Marcelo Lourenço de Brito
Teixeira
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelia Pública

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
André Luiz de Brito
Teixeira
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelia Pública

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056711/19

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF: 637.738.214-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO DA SILVA

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
Outros

JOSE ERENILSON DA PENHA : 024.336.394-09

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

FRANCISCO INACIO DA SILVA : 637.738.214-68

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

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: JOSE ERENILSON DA PENHA
CPF: 024.336.394-09

JOSE ERENILSON DA PENHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



DADOS DO SINISTRO**Número:** 3190292663**Cidade:** Tangará**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** FRANCISCO INACIO DA SILVA**Data do acidente:** 28/07/2018**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL
DE SEGUROS**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA****Data da análise:** 14/05/2019**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.**Sequelas permanentes:****Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** CONSTA NOVO LAUDO MÉDICO
ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL (AMD) REALIZADA APÓS SINDICÂNCIA EXTERNA COM FILMAGEM AUTORIZADA
PELA VÍTIMA.**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.****DANOS**

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



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139992/19

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF: 637.738.214-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO DA SILVA

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
Outros

JOSE ERENILSON DA PENHA : 024.336.394-09

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

FRANCISCO INACIO DA SILVA : 637.738.214-68

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

Data da entrega: 25/04/2019
Nome: JOSE ERENILSON DA PENHA
CPF: 024.336.394-09

JOSE ERENILSON DA PENHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292663

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERENILSON DA PENHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO INACIO DA SILVA

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

Pag. 00959/00960 - carta_01 - INVALIDEZ



00020480

Carta nº 14243452



Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO INACIO DA SILVA

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

Pag. 00961/00962 - carta_04 - INVALIDEZ



00050481

Carta nº 14316234



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: 637.738.214-68 Nome completo da vítima: Francisco Inacio da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSER Nº 445/2012
Nome completo: Francisco Inacio da Silva CPF: 637.738.214-68
Profissão: APOSENTADO Endereço: SILVANIA Número: 8975 Complemento: CASA
Bairro: COM. BURR Cidade: SANTA CRUZ DO VESTIBULADO Estado: RN CEP: 59.245-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 84.9884541250 84.9889741772

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

RENDAS 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: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0906 7 CONTA: 4336 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 qualificação 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 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: 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, SANTA CRUZ - RN 04/02/2019
Nome: LINDA ANGELO DA SILVA INACIO
CPF: 034.446.924-30
Fernanda Angela da Silva Inacio
(*) Assinatura de quem assina a ROGO

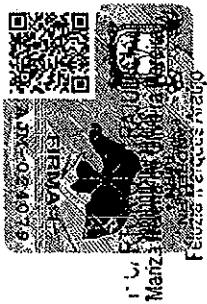
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)
TERRA DO SOL ADM.
7-5-APR-2019

TESTEMUNHAS
1º Nome: Maria Inacio da Silva
CPF: 035.702.934-65
Maria Inacio da Silva
Assinatura
2º Nome: André Inacio da Silva
CPF: 009.469.394-08
André Inacio da Silva
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

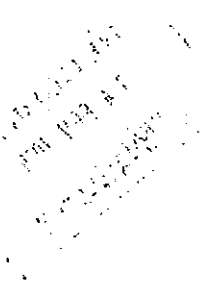
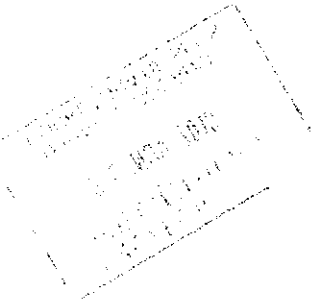
FPS.001 V001/2018

ATENÇÃO: VER VERSÃO
1º Ofício de Notar



Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s)
Lucrecia
Santa Cruz(RN)
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabela Pública

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Efisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada





PROTOCOLADO
RECEBIDO
2.5 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Corrente

PROTOCOLADO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 184, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019092000090
1.2 Data de Expedição: 13/02/2019 11.41.03
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

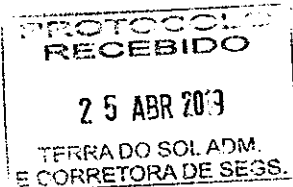
2.1 Data/Hora do Fato: 28/07/2018 09.00.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Urbano
2.7 Logradouro: RUA GEORGINO AVELINO, CENTRO, SERRA CAIADA/RN.
2.8 Número: XX
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FELIX DA SILVA INACIO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: FRANCISCO INACIO DA SILVA
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 12486308407
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 19/06/2000
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.14 RG: 003620958 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: X
3.18 Naturalidade: MACAIBA RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA, SERRA CAIADA/RN.
3.23 Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO INACIO DA SILVA
4.1.2 Estado civil:
4.1.3 Nome Social:
4.1.4 Pai: JOSE INACIO DA SILVA
4.1.5 Mãe: REGINA LOPES FERREIRA
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.8 Etnia:
4.1.9 Sexo: MASCULINO
4.1.10 Data de Nascimento: 12/05/1968
4.1.11 CPF: 63773821468
4.1.12 RG: 001284756
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.14 Profissão: APOSENTADO(A)
4.1.15 Logradouro: SÍTIO PALMATÓRIA
4.1.16 Passaporte:
4.1.17 Número: X
4.1.18 E-Mail:
4.1.19 Bairro:
4.1.20 CEP:
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
4.1.21 Cidade: TANGARÁ



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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****09855
7.1.4 Renavam: 00828172900
7.1.5 Placa: MNB3814
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES
7.1.9 Ano do Modelo: 2004
7.1.10 Ano de Fabricação: 2004
7.1.11 Cor do veículo: VERDE
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JALSON COSME DE OLIVEIRA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: A VÍTIMA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO BAÚ QUE ESTAVA ESTACIONADO NA RUA GEORGINO AVELINO, NA CIDADE DE SERRA CAIADA/RN; QUE LOGO APÓS A COLISÃO A SAMU SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL DE SERRA CAIADA/RN, E LOGO EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PELA PRÓPRIA SAMU PARA O HOSPITAL WOLFREDO GURGEL EM NATAL; QUE DO HOSPITAL WOLFREDO GURGEL EM NATAL/RN, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES EM PARNAMIRIM/RN, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE HOJE EM DIA A VÍTIMA SE ENCONTRA PARAPLÉGICO DEVIDO A CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE. NADA MAIS.

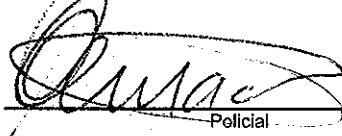
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

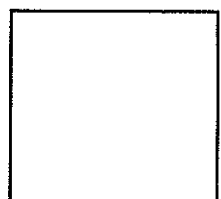
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 13/02/2019 11.41.03


Policial


Interessado



Polegar direito

Protocolo: J2019092000090 - Código de autenticação: 96226030708667d2ad926cb4bc2108b9

Página 1





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:

Nome completo da vítima:

637.728.214-68

Francisco Inácio da Silva

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

Nome completo:

Francisco Inácio da Silva

CPF:

637.728.214-68

Profissão:

APOSENTADO

Endereço:

SILVATUBIA

Número:

8975

Complemento:

CASA

Bairro:

COM. RUA

Cidade:

SILVATUBIA

Estado:

PR

CEP:

53.245.000

E-mail:

84.98845-47250/84.98897-4772

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0906

CONTA:

4336

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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;

☐ 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, sob base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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:

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.

Assinatura e Data, SILVATUBIA - PR 04/02/2019
Nome: LINDA ANGELO DA SILVA INACIO
CPF: 34.446.929-30
Linda Angelo da Silva Inácio
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: Maria Lucia de Fátima

CPF: 035.702.894-65

Mariapereene de Freitas Pen

Assinatura

2º Nome: André Vitor da Silva

CPF: 009.469.394-08

André Vitor da Silva

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (depoente)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROCC 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.

FPS.001 V001/2018

ATENÇÃO: VER VERSÃO 10 Ofício de Nota

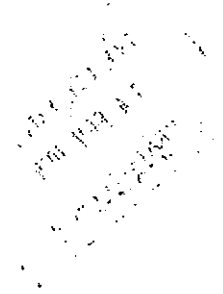
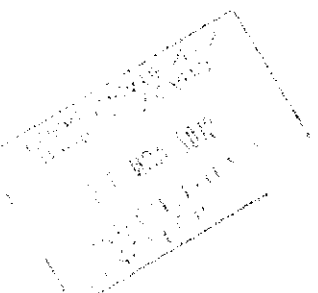


Manz
FELIZIA H. ERICSON ARAUJO
Substituta

Estanislávia Kairina B. M. Santos
Escriturante

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s)
Em Rocha
Santa Cruz(RN)
04 FEV 2019
Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabela Pública

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elisama Marques Rocha
Escriturante Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

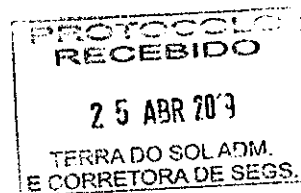


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrada a ocorrência Nº 76172/1 referente ao paciente **FRANCISCO INACIO DA SILVA** 50 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 R N, no dia 28/07/2018 em Serra Caiada/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 1 de novembro de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador de Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



SAMU 192 RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
BARRO VERMELHO - NATAL/RN
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



Histórico Regulação Médica:

28/07/2018 10:16:24 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: HOSP DE SERRA CAIADA PARA HWG REGULADO AINDA NAO PACT FRANCISCO INACIO DA SILVA, 50 ANOS ID. TCE PACT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO/CARRO. PACT COM TRAUMA GRAVE, COLISÃO DE GRANDE IMPACTO, DESACORDADO, EM USO DE CAPACETE E SEM SINAIS DE ETILISMO. ELE COLIDIU NA TRAZEIRA DE UM CAMIÃO, HOJE DE MANHÃ, AS 09:45 REMOVIDO PELA VTR DO HOSP. PACT INSCONSCIENTE, APARENTEMENTE SEM SINAIS DE FRATURAS CABEÇA, COM FERIMENTO EM SUPERCILIO DIREITO, FRATURA DE NARIZ. TORAX, EXPANSÃO SIMETRICA, SEM SINAIS DE FRATURA. AUSCULTA COM RONCUS, ANTEC DE GRIPE. SEM SINAIS DE HEMO E PNEUMOTORAX. ABDOME, SEM SINAIS DE IRRABILIDADE. PELVIS, SEM SINAIS DE FRATURAS MMII, MMSS SEM SINAIS DE FRATURAS. PA 100/60 FC 79 FR SAT 90 EM MV 50% GLASGOW 4 (AO1, RV2, RM1) COM INDICAÇÃO DE IOT PARA PROTEÇÃO DE VIA AEREA. ACIONO USA EM COD 3 E CONTATO COM HWG/POLITRAUMA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

28/07/2018 10:40:37 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: MEDICO ASSISTENTE RETORNA A LIGAÇÃO E REFERE TER REGULADO COM CECILIA DO POLITRAUMA. ORIENTO IOT NO PACT PARA PROTEÇÃO DE VIA AEREA. O MESMO QUE REFERE RETORNAR A LIGAÇÃO ASSIM QUE ELE REALIZE O PROCEDIMENTO. AGUARDO CONTATO PARA AÇIONAMENTO DA USA. NO MOMENTO NOSSA UNICA USA, EM OCORRENCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

28/07/2018 10:54:44 - Dr(a). CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: PACT IOT, SEM SEDAÇÃO PUPILAS MIOTICAS, COM POUCA REATIVIDADE. APRESENTANDO BASTANTE SECREÇÃO TIPO SANGUINOLENTO EM VIAS AEREAS ALTAS. PACT CHOCADO ORIENTO DOIS ACESSOS VENOSOS, MANTER VENTILAÇÃO MECANICA USA LIBERADA AGORA DE UMA OUTRA OC. AÇIONAMENTO EM COD 3

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 28/07/2018 10:26:04 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USA69 BASE INDISPONIVEL NO MOMENTO, ENCONTRA-SE NA OC 076157/1. HOJE SO FOI ATRIBUIDA UMA USA NA BASE. USAS DE JCAM E GOIA DESCENTRALIZADAS. USA DE CURRAIS NOVOS QUEBRADA DESDE ONTEM.

Data: 28/07/2018 10:58:19 Usuário: (RADIO OPERADOR) RENATO KLEBERSON DA SILVA

Observação: Controle de frota: LIBERADA A USA-69 MACAÍBA SAÍDA DO HOSPITAL MEJC MI SEGUINDO ADALBERTO

Data: 28/07/2018 14:01:44 Usuário: (EQUIPE ENFERMAGEM) MARILDA GOMES RODRIGUES HONORATO

Observação: REGULADO COM DRA CARLA NO POLITRAUMA. NO MOMENTO TEM RESPIRADOR.

Data: 28/07/2018 14:28:06 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHA, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

HORÁRIOS DO CHAMADO

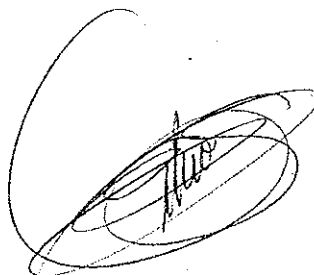
Chamado:
28/07/2018
10:06:40
Saída Local:
28/07/2018
13:12:00

Regulação Médica:
28/07/2018
10:54:44
Chegada Destino:
28/07/2018
14:08:00

Solicitação VTR:
28/07/2018
10:56:37
Liberação Destino:
28/07/2018
14:27:00

Saída VTR:
28/07/2018
10:58:17
Liberação VTR:
28/07/2018
14:27:51

Chegada Local:
28/07/2018
12:15:00



CHAMADO

TARM: SAYONARA DE ARAÚJO FERREIRA MELO
Rádio Operador: ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Equipe Enfermagem Cena:
VTR: USB 69 (MACAÍBA)

Médico Regulação: CLÁUDIA MIREYA PAREDEZ
Médico Cena: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA
Usuário Pós-Cena:
Equipe VTR: FRANCINALDO MOURA SOUZA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ARIDAUTO CABRAL GUERRA - ENFERMEIRO

☒ REGULAÇÃO
MEDICA

☐ TROTE

☐ INFORMAÇÃO

☐ ENGANO

☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO

☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU

☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SERRA CAIADA

Nome do Solicitante: DR DAURIR CRM 7547

Telefone: (84) 99645-5093

Nome do Paciente:

FRANCISCO INACIO DA SILVA

Idade: *

50

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado

☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -6.1069581 Longitude: -35.7121569

Endereço: HOSPITAL DE SERRA CAIADA

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: CENTRO

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

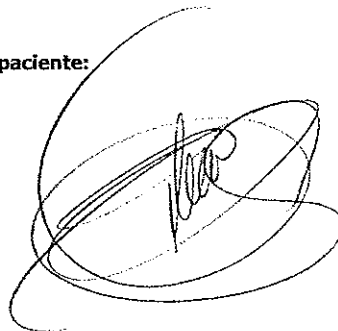
Observações Rádio Operador: USA69 BASE INFORMA PCTE AC DE DRA CARLA NO CLOVIS, PRANCHA, TIRANTE E COCHIN NO POLITRAUMA.

Queixa Primária: TRAUMATISMO CRANIANO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:



CONDUTA

☒ Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:



Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

CPF: 034.446.974-30

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PALMATORIA 8975

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAJADA RN
59245-000

015276183 UNICA 18/01/2018

18/01/2018 3001004578 1324502

Consumo Ativo (kWh)
Cobrança de ICMS sobre Subvenção GDE
Contrib. Mun. Pública/Municipal
Multa por atraso - NF 015305458 - 16/11/18
Juros por atraso - NF 015305458 - 16/11/18
Compensação DIC Anual 2018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
130,0000000	0,42408274	55,13
		4,25
		8,58
		0,83
		0,88
		-3,55

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

14 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
605023	1.1.1	12/11/2018	75000	18-01-2019	18336,00	30	1,0000		130,00

PERÍODO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
JAN 19 13				
DEZ 18 127				

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



DADOS DO CLIENTE

JOSE ERENILSON DA PENHA

CPF 024 336 394-09

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA
013370852	UNICA	08/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA MEDIÇÃO
08/10/2018	3405244233	1354139

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TENENTE FRANCISCO ALVES DA
 FONSECA 198

MARACUJÁ VÁRIA URBANA
 SANTA CRUZ RN
 59200-000

CONTA CONSUMO	MÊS/ANO
0850885214	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESENCIAL DE LEITURA
05/11/2018	08/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	416,61

Consumo Ativo (kWh)
 Acréscimo Bandeira VERMELHA
 Contrib. Ilum. Pública Municipal
 Multa por atraso-NF 008025811 - 08/07/18
 Multa por atraso-NF 010441852 - 07/08/18
 Juros por atraso-NF 010441852 - 07/08/18
 Juros por atraso-NF 008025811 - 08/07/18
 Atualização IGPM-NF 010441852 - 07/08/18
 Atualização IGPM-NF 008025811 - 08/07/18
 Doação APAE - 3208-2658

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
444,000000	0,71010180	315,28
		32,78
		45,00
		5,93
		5,95
		2,48
		3,88
		1,83
		2,27
		2,00

**PROTOCOLO
 RECEBIDO**
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

TOTAL DA FATURA

416,61

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11623027	CAT	08-09-2018	41 844,00	08-10-2018 42 085,00	30	1,0000		444,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
USUÁRIO	VALOR DO IMPORTE
OUT 18 444	315,28
SET 18 367	32,78
AGO 18 369	45,00
JUL 18 347	5,93
JUN 18 367	5,95
MAY 18 386	2,48
ABR 18 487	3,88
MAR 18 430	1,83
FEV 18 485	2,27
JAN 18 389	2,00
DEZ 17 455	
NOV 17 415	
OUT 17 401	
Total	444,00

Para não sofrer penalidade de corte de energia, verifique o consumo de energia elétrica em seu domicílio e compare com o consumo médio mensal informado no seu contrato. Se o consumo for superior ao informado, você deverá pagar a diferença. O consumo médio mensal informado no seu contrato é de 444,00 kWh. O consumo médio mensal informado no seu contrato é de 444,00 kWh. O consumo médio mensal informado no seu contrato é de 444,00 kWh.

Assinatura eletrônica de
 FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
 41402018, 10/04/2019, 10:04:43
 Assinatura eletrônica de
 FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
 41402018, 10/04/2019, 10:04:43
 Assinatura eletrônica de
 FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
 41402018, 10/04/2019, 10:04:43



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu JOSE ALANILSON DA PENHA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 674.336.394-109 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO INACIO DA SILVA Inscrição (a) no CPF sob o Nº 634.738.214-68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADE da Vítima FRANCISCO INACIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.738.214-68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

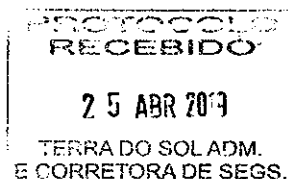
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Rua: TRAVESSIA FRANCISCO ALVES DA FONSECA</u>	Número: <u>139</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MARCOZIN</u>	Cidade: <u>SANTA CRUZ</u>	Estado: <u>BA</u>
E-mail:	CEP: <u>59.200.000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Santa Cruz BA 04/02/19

JOSE ALANILSON DA PENHA

Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ARNALDO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 624.336.398-109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO INACIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.739.214-68

do sinistro de DPVAT cobertura INUAL/062 da Vítima FRANCISCO INACIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.739.214-68, 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: <u>Rua: TRAVESSA FRANCISCO ALVES DA FONSECA</u>	Número: <u>739</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MARCAZÁ</u>	Cidade: <u>SARAA CARA</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59.200-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Santa Cruz RN 02/05/19

JOSE ARNALDO DA SILVA

Assinatura do Declarante



* DLDRL001 V001/2017

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Falson Cosme de Oliveira
RG nº 3.274.023, data de expedição 23/02/2011
Órgão Itap-RN, portador do CPF nº 108.412.224-36
com domicílio na cidade de Serra Caiada, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Palmatória, nº _____
complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Inácio de Silva, cujo o condutor era
Francisco Inácio de Silva
Veículo: Moto Honda Modelo: CG 150 Titan ES Ano: 2004/2004
Placa: MNE-3814 Chassi: 9C2KQ08304R009855
Data do Acidente: 28/07/18

OFÍCIO ÚNICO
DE SERRA CAIADA

Local e Data:

Serra Caiada 07/02/2019

FALSON COSME DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

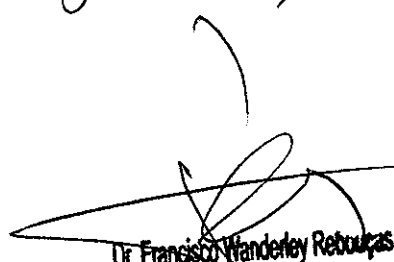
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:
Falson Cosme de Oliveira
_____, por ter sido aposta neste
documento em minha presença
Serra Caiada / RN 07/02/2019
Em fé e testemunho _____ da verdade
Rayslla Carolina Oliveira Vicente
Tabela Substituta

PROTOCOLO
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



Fim e Zinco de fíbula,
viduete de acrobate em
m. Bealeto, a parentab
TCE e Fim. ab mil E.
Omgab meste 70
spondab e listone, B
choro perentiu de cultu
e peler 40% de g. p.
ab. oqas a pteab.


Dr. Francisco Wanderley Rebouças
Médico - Ortopedista
CRM 537 - RN
CPF: 044.229.294 - 53

02/03/2019

PROTOCOLADO
RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

FONES 9.9984-0978 / 9.8706-9468
Rua Dr. Pedro Medeiros, 06 - Santa Cruz/RN



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 20

Nome: Fran Amoo Inacio da Silva Profissão: _____
Data de Nascimento: 12/06/1968 Idade: 50 Anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Cor: Parda Escolaridade: _____ Tel.: _____
Naturalidade: O. Blai de Souza Estado Civil: _____ Identidade: 001 281
Cartão SUS: _____
Filiação (Mãe ou Pai): Regina Lopes Ferreira
ENDEREÇO: Cidade Palmatama Nº _____
Bairro: Zona Rural Complemento: _____ CEP: _____
Cidade: Serra Caiada Data: 28/07/18 Hora: 09:53

APRESENTAÇÃO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRESSÃO ARTERIAL: 100/60 PESO: _____ TEMP: _____ HGT: _____ FC: 79 SPO2: 89
HISTÓRICO ATUAL: Hipertemia() Diarreia() Emese() Artralgia() Dor generalizada() Edema() Prurido()
Dispneia() Dor retrorbitaria() Linfonodomegalia() Exantema()

PROTÓCOLO
RECEBIDO
25 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG

Outros _____

PROCEDIMENTO PA: 300 x 60 SpO2 _____
Arterial com 1, Respiração Volatil 2, Respiração motor 3.

LIBERAÇÃO DO PACIENTE:

Dr. Maurício
Clínico Geral
CRM 7547





BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 51

NOME:

Lucas Inácio da Silva

IDADE:

12/05/1968

COR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Casado

NATURALIDADE:

Seuá

PROFISSÃO:

Trabalha em uma loja de roupas

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Sítio Palmeira - 1

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Seuá

DATA:

01/08/2018

HORA:

11:20hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Intus punho (E)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Intus punho (E)

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
Validado
Servidor
Carvalho





CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 85502 - FRANCISCO INACIO DA SILVA (50 a 2 m 16 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 12/05/1968

Natural: SENADOR ÉLOI DE SOUZA BRASIL

CNS: 708105811956710

CPF:

Prof:

Mãe: REGINA LOPES FERREIRA

Pai:

Logradouro: PALMATORIA, 1

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Telefone: 84.987279153

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 28/07/2018 14:12:45

ORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO.

Hora:

Paciente vem com queixa de ter sido atingido pelo SAMU e
história de ter sido vítima de acidente de mob (carro) (colisão
de mob), devido a batida foi internado na unidade básica.
Abd. flácido

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A - Vias aéreas c/ TOT e em V.M.

B - MV c/ sem ruídos S/R.

C - Ba. pulm.

D - Glósga 9T.

E - Hm. a. p. - ab. - ab. - ab.

TOMOGRAMIA/HMWG

Data: 28/07/18 Hora:

Técnico:

Exame: V. a. / a. v. / a. v.

Médico: Abd. flácido

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TCR grave + Pol. l. c.

Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 28 de Julho de 2018.

096921-4

CONFERE COM ORIGINAL

W. de F. L. S.

Serviço

S. B. L. S.



MÉDICO (Carimbo) **CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)**

ENTREGUE ☐ A FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

OBITO _____ / _____ / _____

DATA _____ / _____ / _____

RETIROU-SE POR ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ ☐ A REVELIA ☐

HORA _____ HS

☐ FICOU NO LOCAL ☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE

HORA _____ PARA

☐ REMOVIDO EM _____

DESTINO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

① 2 + 1 por MST

② 2 + 1 por MST

CONDUTA

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA	<input type="checkbox"/> BUÇO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

EXAMES COMPLEMENTARES



SAÍDA: ☐ Decisão Médica ☐ A Revella ☐ Transferido para: _____
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

OBITO: ☐ com Atestado ☐ S.V.O. ☐ L.T.E.P. ☐
DATA: / / HORA: _____
SAÍDA: ☐ Decisão Médica ☐ A Revella ☐ Transferido para: _____
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

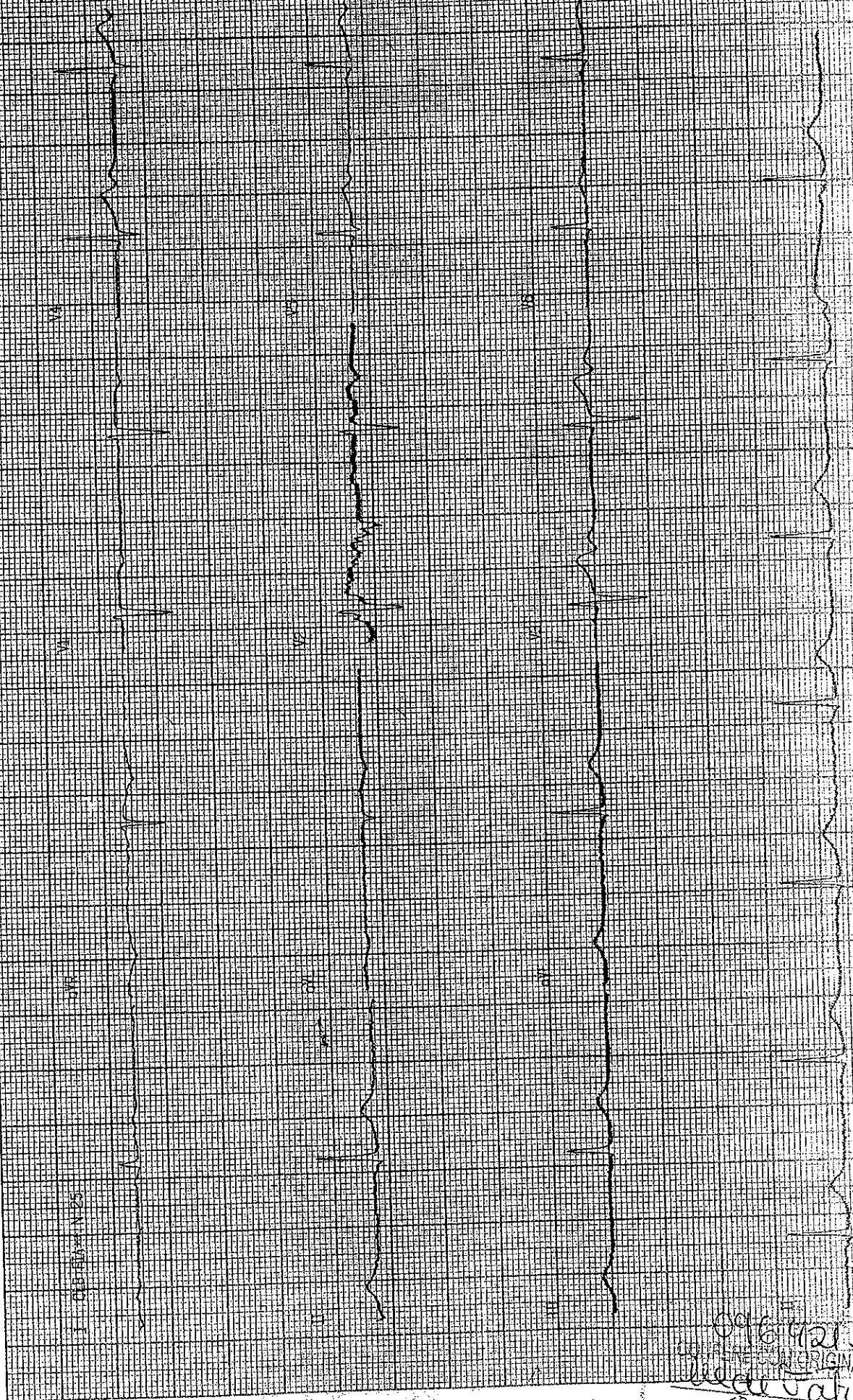
SAÍDA: ☐ Decisão Médica ☐ A Revella ☐ Transferido para: _____
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: _____
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento: _____

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) _____
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: _____
CRO/RN 5046
Residente em Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial
Humberto F. Chaves
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____
OUTROS: _____
LABORATÓRIO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) _____
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____
EXAME FÍSICO: _____
ANAMNESE: _____
TENDIMENTO ESPECIALIZADO: _____



Fre Início da Sino
05/08/18 8h L.08



09/06/2018
Linha Original
S. Paulo





Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica de exame:

Exame realizado em equipamento tomográfico *multislice*, com aquisição axial isotrópica e reformatações nos planos sagital e coronal, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

Os seguintes aspectos foram observados:

Craniotomia têmporo-parietal esquerda.

Imagem hipodensa côncavo-convexa, subdural, localizada nas regiões frontal e parietal esquerdas (hematoma subdural? higroma?).
A critério clínico prosseguir investigação/realizar seguimento.

Imagens com densidade metálica, promovendo artefatos de endurecimento do feixe de raios-x, prejudicando o estudo das estruturas locorregionais, localizadas nos lobos temporal e parietal esquerdos. Correlacionar clinicamente

Área hipodensa localizada da substância branca profunda do lobo parietal esquerdo, podendo estar relacionada ao procedimento cirúrgico/lesão traumática.

Sistema ventricular de topografia, morfologia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas da base.

Não há evidência de processo expansivo intracraniano.

Achado adicional:

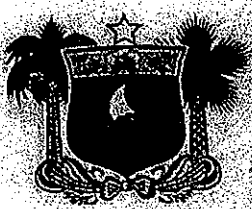
Conteúdo heterogêneo, hipodenso/hiperdenso, localizado no interior dos seios maxilares, podendo estar relacionado a hemossinus.

Laudado Por
Odilon Otton Guimarães Neto
CRM-RN 5012 / RADIOLOGISTA

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N - Santos Reis - Parnamirim/RN - (84) 3634-6401

0960921-4
CONFERE COM ORIGINAL
de Sadi
S. Barros





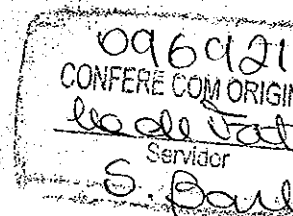
Paciente: FRANCISCO INACIO DA SILVA
Data: 06/08/2018

Fraturas nos seios maxilares e zigomático direito.

Laudo gerado no dia: 06/08/2018 21:13. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: awnBEUHF para acesso.

Laudado Por:

Odilon Otton Guimarães Neto
CRM-RN 5008 / RADIOLOGISTA



Endereço: R. S. Mendes, S/N - Santos Reis - Parnamirim/RN - (84) 3644-0491





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161800	
DATA 01/08/2018	HORA 11:56	CATEGORIA	GIH
PACIENTE FRANCISCO INACIO DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO 12/05/1968	
ESTADO CIVIL CASADO		PROFISSÃO AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO PALMATORIA, 8975			
MUNICIPIO SERRA CAIADA	BAIRRO ZONA RURAL	UF RN	CEP 59245-000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO REGINA LOPES FERREIRA		JOSE INACIO DA SILVA	
RESPONSÁVEL FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)		TELEFONE 98871-8757	
ENDEREÇO			

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLINICA

Dr. Edmar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia - Traumatologia

046921-9
CONFERE COM ORIGINAL
do Dr. Fátima
S. Barros





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LEI DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

FRANCISCO INACIO DA SILVA

161800

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

708 1058 1195 6710

12/05/1968

MASCULINO

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

REGINA LOPES FERREIRA

98871-8757

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FLAVIO DA SILVA INACIO (FILHO)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO PALMATÓRIA, 8975

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

SERRA CAIADA

ZONA RURAL

RN

59245-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deficiência grave do membro superior direito

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EC + EF + SX

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ulceração do membro superior direito

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

Deficiência do membro superior direito

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO-TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

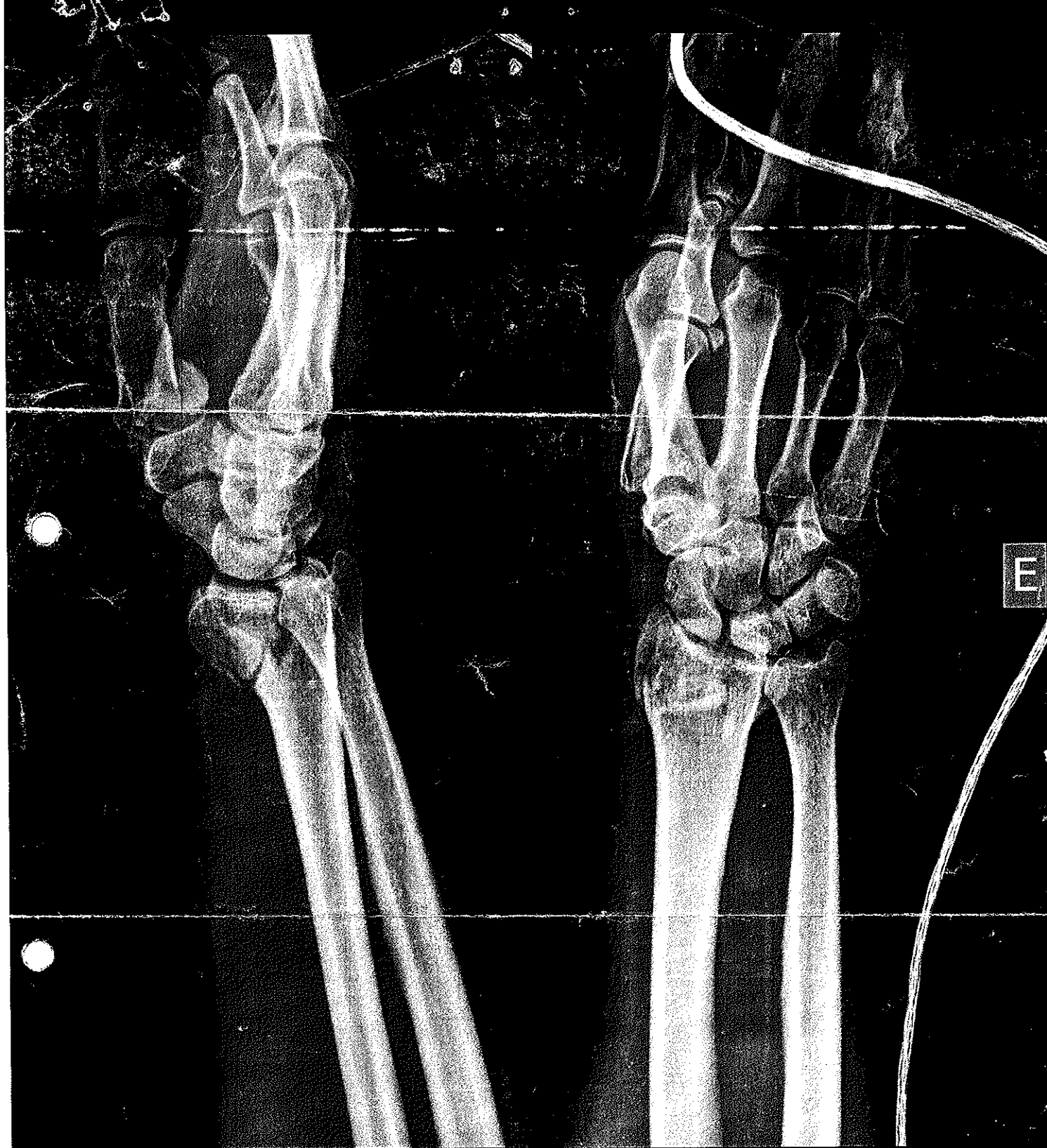
() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

09/09/2020
CONFERE COM ORIGINAL
de 09/09/2020
S. Barros





PUNHO AP

74.9 %

Id. Paciente: POL 00

Paciente: FRANCIO INACIO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PUNHO PERFIL

69.6 %

Técnico: THIAGO HFD
Idade: 0 ano(s)





NEUROCIRURGIA - AMARELO

Paciente: **85502 - FRANCISCO INACIO DA SILVA** (50 a 2 m 27 d)

Nascimento: 12/05/1968

Natural: SENADOR ELOI DE SOUZA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708105811956710

CPF:

Prof:

Mãe: REGINA LOPES FERREIRA

Pai:

Logradouro: PALMATORIA, 1

CEP: 59245000

Bairro: SERRA CAIADA

Cidade: PRESIDENTE JUSCELINO

Telefone: 84.987279153

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

OBS:

Discriminador:

Classificação: 08/08/2018 17:46:52

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIQ2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE VINDO DO DEOCLECIO PARA AVALIAÇÃO DA NC QUEIXANDO-SE DE DESORIENTAÇÃO

Hora: ____:____

paciente SOA, internado no hospital pelo ven
dando DEE/MOIO em 28/07/18. Aciden notadamente conservada pelo
NCA e estave no deslocio pro campo ortopedico no MSE, porém evolu
com Afone! Analisa DE Eromo ~~de~~lope e he endomeio da Colecao
Subdural frontal (E)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Com 06mm de espessura
B	sem dor, oclerose
C	unim
D	Hipismo subdural? HSC?
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

No momento, euforico e Afone
Afone / Alerta / Pupila no / HSC / HSC

Exame: Médico
Técnico:
Data: 08/08/2018
TOMOGRAFIA/AXIAL

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

DEE

Gerado via SX por GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS. Impresso em 08 de Agosto de 2018.

Cd: Interio Hospital (Sobito exome lols)
Depite. amilidatada. de Minscrao de remanejo do case e exome

ANEXO 1 - 10/08/2018
ANEXO 2 - 10/08/2018
ANEXO 3 - 10/08/2018

md



ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 18/09/18
MAT. Nº. 9

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Intenso

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

non

DATA: 09/09/18

HORA: 13:30

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



Nome: Francisco Inácio da Silva Idade: _____ Nº Reg.: _____
Serviço: _____ Enf.: _____ Leito: _____

EVOLUÇÃO

DATA

TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ

08/08/18

Solicitação de avaliação pela neuro-
cirurgia (contato prévio com Dr.
Sérgio Dantas)

Paciente, 50 anos, vítima de
colisão moto - caminhão em
28/07, com trauma um joelho
e fratura de perna (E). Foi
atendido no HUG - realizou TC -
e foi encaminhado p/ este hospital
para ortopedia dia 01/08.
No dia 02/08 evoluiu com RNC e
déficit motor à direita, realizou
TC de crânio sem alterações evidentes.
Repetiu TC em 06/08 que inter-
feriu hematoma subdural?

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 18/10/91
MAT. Nº. _____
SAME
ASSINATURA

Comorbidades:

- Distúrbio psiquiátrico - uso crônico -
risperidona, neozine, quetiapina,
trazodolona, clonazepam (após AVC em
- DM
- HAS
- AVC prévio em 2011

No momento - ECG 13

ACV: ROR TC: 52

PA: 136 x 70

FR: 14

FiO2: 100% (ar ambiente)

OBS: Anexo laudo TC.

Grata,
Cristina Lopes Matos
Médica
CRM/RN 5305





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	Francisco Inácio da Silva			6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	10 - FEMININO	1
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)					
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Queda de peso e febre desde início de julho (13) evoluindo com febre alta. Respiração.
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Clínica e respiratória.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Colo. Subtotal.	S06.8		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
030304008-4	nen		RAIM.
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO		30 - CNES / CPF
procedimento com o Colégio Subtotal.	01/10/18		SAM
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		ASSINATURA	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - CID PRINCIPAL	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AII)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Assinatura no âmbito hospitalar, para a saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, graves de causas externas, em especial

Nome FRANCISCO INACIO DA SILVA

Leito: 17

Idade: 50 ANOS

Nº Registro: 85502

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSÃOIS

Data: 08/08/18

Hora: 19:45

#NCR- ADMISSÃO #

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CAMINHÃO. LES. = 11 DIAS.
EVOLUIU COM RNC + DEFICIT MOTOR A (D). TC DE CRÂNIO EVOLUIU COM COLEÇÃO
SUBDURAL E ESGUINHA, SÍNDROMA DE LAMARCA. NO MOMENTO EVOLUIU COM COMPLEXO
DESGUINHA NO TÍMPO/ESMAO. TEM RISCO DE ALC. EM 2018, SEM SEQUELAS.

PARO, DUCO, DISTÚRBIO ISQUIÊMICO (ACOMPANHADO NO SÍTIO MORTE)

MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA, NEODINE, FENOBARBITAL, RISPERIDONA, CLONIDINA,
3x 1x 1x 2x 2x

GLIZENCLAMIN 12/12h; MISTURIM 850mg 3x

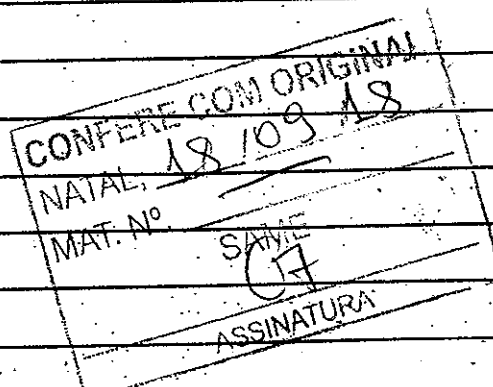
AD EPI 1 SOCORRO, RNC, CONSCIENTE, DESGUINHA, GLIS 4+4+6=14, S/PRATICA
FOUL. NÃO LEM, NÃO PRESENTE.

COLO: (1) SOLICITAÇÃO EXAM. LABORATORIAL

(2) RISCO LESÃO

+ DR JAO VITO

Fabio Barros
MR - Neurocirurgia
CRM - RN 9484
CNES: 708202696108592





Nome:

FERNANDO GURGEL

Nº Registro:

Serviço:

NCR M17

Idade:

Leito:

EVALUAÇÃO

09/08/2018 TCE HSD e E sem DTM

Paciente de AVC

Paciente portador de distúrbio
psiquiátrico, af. história de TCE
há 15 dias. ECG 13 (0.3, 2.4, 1.6)
mantém quadro neurológico
sem alterações; s/ alterações
lab. e de imagem.

Dr. Herbert Cláudio Dore
Neurologista
CRM 14.141-1

12/08/18 NCR TCE HSD Amner.

- Sono. Insônia em noite
- Disputa ao chamado
- Sem déficits.
- Ao 2º andar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 18/09/18
MAT. Nº. _____
SAME

Neurologista

Juliana Lina Lins
5624

13/08/18

5º DIH : AVC; próximo em 2018

Distúrbio psiquiátrico

TCE próximo por PAF

Sinais de trombose, presença de sangue

Higiene íntima, frontal (E) sem efeito de med.

Exatidão em ponto de vista (E)

Paciente evolui estável, sem intercorrências

Verbosidade

Sono

Movimentos de 4 membros

Exames lab. OK

Conferido

Conduta: Sem conduta Neuropsiquiátrica, no momento
Ao 2º andar.

14/08/18 Paciente mantém quadro neuropsiquiátrico
Verbaliza, responde, confus, desorientado
móvel e 4 membros; offbeat
Ao 2º andar

Dr. Herbert Cláudio Dore
Neurologista
CRM 14.141-1

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Identificação

Enfermaria: Neurocirurgia Leito: 17 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 08/08/2018 Alta: 1/1/1
Nome: Francisco Inácio da Silva Naturalidade: Indeclaração
Idade: 50 Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Data de Nascimento: 12/05/1968
RG: 001284.756 Estado Civil: Casado Nível de Instrução: Básico
Filiação: Pai: Yose Inácio da Silva
Mãe: Rogério Lopes Ferreira
Endereço: Sítio Palmatória

Cidade: Sua Caçada
Telefone: 8897-4772 (☐) Residencial (☐) Trabalho (☐) Recado
Contato: 8871-8757 Outros telefones: _____
Composição familiar: 04
Outras informações: Faz uso de (☐) Alcool (☒) Fumo (☐) Drogas (☐) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício (☒) Não (☐) Sim
(☐) Aposentado (☐) Auxílio doença (☐) BPC (☐) Autônomo (☐) Pensionista (☐) Desempregado
Programas e Serviços: (☐) Passe Livre (☐) Bolsa Família (☐) PETI (☐) PSF (☐) CAPs (☐) SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? (☒) Não (☐) Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

(☐) Sozinho - procurou atendimento (☐) Trazido por familiares (☒) Trazido pelo SAMU
(☐) Socorrido em via pública (☐) Outros meios _____
(☐) Encaminhado: Hospital de origem: Hospital discórdia

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? (☐) Não (☐) Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: (☐) Auditiva (☐) Visual (☐) Física (☐) Mental
Responsável pelo paciente: Lindalva Angelo da O. Inácio
Parentesco: esposa Telefone: 8897-4772
Endereço do Responsável: O mesmo do paciente

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

08-08- Paciente vindo do Hosp discórdia p/ avaliação,
4 quixá Ave, acompanhado p/ familiares, solicita
de após de documentos 12/11

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP (☐) SVO (☐) DO (☐) Obs. _____
Alta hospitalar (☐) Transferência (☐) Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



10/08/18.
FCE
Colecção subcutânea esquerda
sem DLM.
Paciente de AVCI
hist. prévio de AVCI

D. Helena Clemente
Neurologia, Hospital de
União de Vila Rica

NOR 10/08/18

Pdx evolui sem melhora
neurologia, porém após o hemiparêse
direita.

Exames laboratoriais de

08/08 - OK

Pap nova de exames

13:30

Assinado eletronicamente por:
D. Helena Clemente
Neurologia, Hospital de
União de Vila Rica
Data: 10/08/2018

Parece-se ser
o impeto semelhante ao
exame anterior, porém
também status neurológico.

11/08/18 Paciente vigil,
já verbalizando, porém com espasmos
de membros, portador de distúrbios pri-
mariamente, porém relatando o
controle. Conduta medicamentosa

D. Helena Clemente
Neurologia, Hospital de
União de Vila Rica
Data: 11/08/2018

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas traumáticas e não traumáticas, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanísticos.



Nome: Francisco Inácio da Silva Idade: _____ Nº Reg.: _____
Serviço: _____ Enº.: _____ Leito: _____

EVOLUÇÃO

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FEZ
08/08/18	Solicitação de avaliação pela neuro-cirurgia (contato prévio com Dr. Sérgio Dantas)
	Paciente, 50 anos, vítima de colisão moto - caminhão em 28/07, com trauma no joelho e fratura de perna @. Foi atendido no HUG - realizou TC - e foi encaminhado p/ este hospital para ortopedia dia 01/08.
	No dia 02/08 recebeu com RNC e déficit motor à direita, realizou TC de crânio sem alterações evidentes.
	Repetiu TC em 06/08 que inter - mostrou hematoma subdural?
	Como medicações:
	- Distúrbio psiquiátrico - uso contínuo -
	- Zolpidem, neozine, glicina, risperidona, clonazepam (após AVC) e
	- DM
	- HAS
	- AVCi prévio em 2011
	No momento - ECG 13
	ACV: RCP TC: 52
	PA: 136 x 70
	FR: 111
	FIO2: 100% (ar ambiente)
	Obs: Anexo laudo TC.
	Grata,

Carolina Lopes Mota
Médica
CRM/RN 5305



DADOS DO CLIENTE

LINDALVA ANGELO DA SILVA INACIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

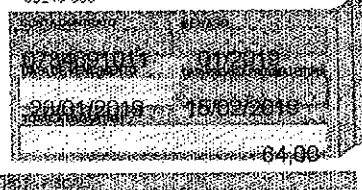
SI PALMATEIRA 5975

CPF 034 446 374 30
CLASSIFICAÇÃO

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SERRA CAIADA RN
59245-000

RZ RURAL
AGROPECUARIA RURAL

15/01/2019	08/01/2019	18/01/2019
16/01/19	0001304570	13 34502



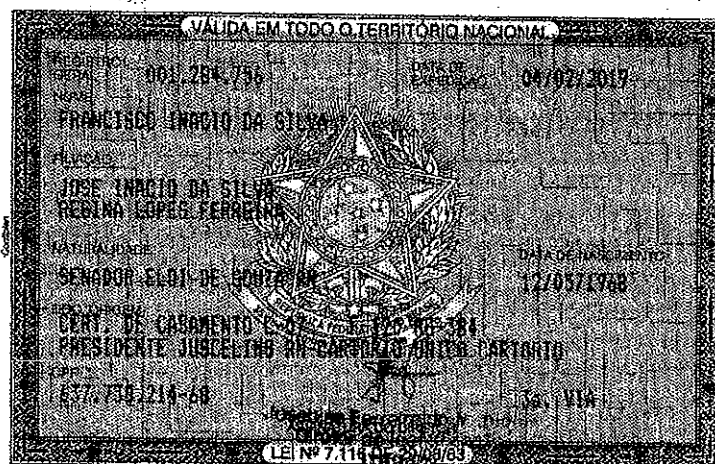
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atual (kWh)	130 (200000)	0,43450274	56,49
Contribuição de ICMS sobre Subvenção CDE			4,25
Contrib. Avul. Pública Municipal			5,56
Multa por atraso (R\$ 0,15005453 - 16/1/19)			0,93
Juros por atraso (R\$ 0,15005453 - 16/1/19)			0,68
Compensação CDE Anual 2018			-3,55

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
100021		15-01-2019	16 236,00	16-01-2019	16 236,00	30	1,00000		1,89 (0)

ANEXO 12	ICMS	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	Compensação do Consumidor
06119 121	PIS	56,13	14,08	15,71 15,75%
				1,06 5,32%
				1,06 24,78%



PROTOCOLO
RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



PROTOK
RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DA DEFESA SOCIAL

FE PÚBLICA: (Art. 10, inciso II, da Constituição
da República Federativa do Brasil)

POLÍCIA MILITAR

13.103 - 26.07.1999
REGISTRO Nº - DATA DA INCORPORAÇÃO

NOME
JOSE ERENILSON DA PENHA

POSTO/GRAD CB QMP-0 99.363	CPT 024.336.394-09	MATRÍCULA 162.734-1
---	-------------------------------------	--------------------------------------

JOSE ERENILSON DA PENHA
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

ID **PM** **POS** **André Xavier da Penha**

ALTURA 1,74 m	FILIAÇÃO Rosa Pereira da Penha
PIS / PASEP	DATA NASC
19011684276	08 10 1975
FO	FO
V-4444	V-4444
CUTIS	CABELO
Branca	Cast Ci Ond
NATURAL DE	OUTROS
Santa Cruz/RN	Cast Ci
LOCAL E DATA DE EMISSÃO	
Natal/RN, 30 de dezembro de 2015	

O TITULAR TEM ACESSO EM LOCAIS PÚBLICOS E PRIVADOS, SUJEITO À FISCALIZAÇÃO
CONFORME PREVISÃO DO ART. 2º DA LEI Nº 13.103, DE 26 DE JULHO DE 1999.

André Xavier da Penha
CHEFE DO SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA PMRN

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

2 5 ABR 2019

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

cosern

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte

Rua Marquês 421, Bairro: Natal, Rio Grande do Norte - CEP 54060-000



Dados do Veículo de placa MNB3814

Placa MNB3814	Renavam 828172900	Placa Anterior MNB3814/PB	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 002808-HONDA/CG 150 TITAN ES (Nacional)		Fabricação/Modelo 2004/2004		Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 14-VERDE
Nome do Proprietário JALSON COSME DE OLIVEIRA					Recadastrado DETRAN DetranNet	
Proprietário Anterior FRANCISCO VICENTE JUNIOR					Situação Lacre REGULAR modelo antigo	
Município de Emplacamento SERRA CAIADA		Licenciado até 2016 em 26/02/2016, Licenciamento Anual no lote 009781, AR=RD929903134BR (CRLV emitido)(Via 1)			Adquirido em 02/03/2011	Situação Em Circulação
Restrição à Venda Sem gravame					Carnê de Licenciamento 2019 Ainda não gerado	

Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de

Nenhuma informação pendente até esta data

Impedimentos

Nenhum impedimento registrado até esta data

PROTOCOLADO
RECEBIDO
25 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Listagem de Débitos

Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)
Licenciamento Anual 2017	3111234.9.082308905	23/03/2017	60,00	86,43
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2017	9.00082308906	11/04/2017	185,50	185,50
Licenciamento Anual 2018	3111234.9.091689349	30/04/2018	90,00	117,89
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2018	9.00091689350	30/04/2018	185,50	185,50
Licenciamento Anual 2019	3111234.9.101776408	21/03/2019	90,00	101,51
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2019	9.00101776409	11/04/2019	84,58	84,58
Postagem CRLV c/ AR (CORREIOS) 2019	3111234.9.108698734	21/03/2019	7,00	7,00
TAXA BOMBEIROS - MOTO (Efeito Suspensivo -) 2019	3147908.9.108698735	21/03/2019	15,00	Suspensão-Decisão Judicial
Total dos Débitos			R\$ 717,58	R\$ 768,41

Taxas Detran 327,83	Seguro DPVAT 455,58	IPVA 0,00	Multas 0,00
-------------------------------	-------------------------------	---------------------	-----------------------

Infrações em Autuação

Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.

Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

Último Processo

Processo 60000489/2011	Interessado 10841222436	Início em 31/03/2011 às 11h46min
Situação Encerrado		Final em 11/04/2011 às 09h35min
Serviço		Execução em
Transferência de Propriedade		Em 31/03/2011 às 11h46min por 10594094453
Geração de guia de pagamento		Em 31/03/2011 às 11h46min por 10594094453
Auditoria		Em 11/04/2011 às 09h35min por 14085739468
Emissão CRV(1ª via)		Em 11/04/2011 às 10h20min por 31894240472

Recurso de Infração

Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

Histórico de Impedimentos

Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

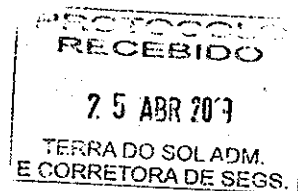
Não Possui valor como
NADA CONSTA !

Voltar

SOLICITAÇÃO

EU, LINDALVA ANGELO DA SILVA, RG: 001.941.550, CPF: 034.446.974-30, RESIDENTE NO SÍTIO PALMATÓRIA, Nº: 8975 ZONA RURAL DE SERRA CAIADA/RN, CURADORA E RESPONSÁVEL PELA VÍTIMA, FRANCISCO INÁCIO DA SILVA, RG: 001.284.756, CPF: 637.738.214-68, RESIDENTE NO MESMO ENDEREÇO; VENHO ATRAVEZ DESTES PEDIR E EXIGIR, QUE O PROCESSO DE INVALIDEZ DO SEGURO DPVAT Nº: 3190132998, SEJA AVALIADO MELHOR, ONDE O MESMO FOI NEGADO INJUSTO, O MESMO PASSOU POR PERÍCIA MÉDICA E O PERITO APROVOU SUA INVALIDEZ E AS SEQUELAS EXISTENTE, APROVANDO ATÉ UM VALOR PARA O MESMO RECEBER POR INDENIZAÇÃO, MAS OUVIU UMA AUDITORIA E O AUDITOR NEGOU O PROCESSO INJUSTAMENTE; ENTÃO EU NÃO ACEITO ESSE RESULTADO POR A VÍTIMA SE ENCONTRAR INVÁLIDA E COM SEQUELAS GRAVÍSSIMAS, O MESMO NÃO FALA, NÃO ANDA, NÃO SE ALIMENTA SO, USA FRALDA DESCATÁVEL E SE LOCOMOVE NUMA CADEIRA DE RODAS. POR TANTO, É MUITA RINDADE DESSE AUDITOR FAZER UMA COISA DESSE. ENTÃO PESSO QUE AVALIE MELHOR ESSE PROCESSO, E SE FOR O CASO, PODE MANDAR ELE PARA UMA PERÍCIA MAS UMA VEZ, VOU GASTANDO E PEDINDO FAVOR AO HOSPITAL PARA CONSEGUIR UMA AMBULANCIA PARA LEVAR O MESMO PARA PERÍCIA. OU SE NÃO VOU TER QUE PROCURAR A JUSTIÇA, POR TAMOS SENDO INJUSTIÇADOS. TAR EM ANEXO LAUDOS MÉDICOS PROVANDO QUE ELE SE ENCONTRA INVÁLIDO TOTALMENTE.

O MAIS AGRADEÇO A COMPREENÇÃO.



Lindalva Angelo da Silva Inácio

ASS. DECLARANTE



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292663 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA LAUDO MÉDICO PAG 1.
ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL (AMD) REALIZADA APÓS SINDICÂNCIA EXTERNA COM FILMAGEM AUTORIZADA PELA VÍTIMA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: FRANCISCO INACIO DA SILVA Data do acidente: 28/07/2018
cobertura INUR estado civil: CASADO Profissão: ALPOSEM
portador(a) do RG 001.284.756 órgão expedidor 116P e do CPF: 637.738.214-68
residente no(a) SI PALMATORIA nº 8975 bairro: 20M RUA
município: SANTA CRUZ

Outorgado (Procurador):

Nome: JOSE ELTONSON DA PENHA brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: PARCEIRO portador(a) do RG 73.103
órgão expedidor PM e do CPF: 024.336.394-09 residente no(a)
PM. TRINTA PRINCIPAL RUA DA BOMBA nº 198 bairro: MARACÁ
município: SANTA CRUZ

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Podendo apresentar, firmar documentos, declarações, assinar formulários, enviar documentos, correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Local e Data: SANTA CRUZ - RU 04/02/2019
Nome: LINDA ALMEIDA DA SILVA nº 035.202.984-65
034.446.974-30
Angelo da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver):

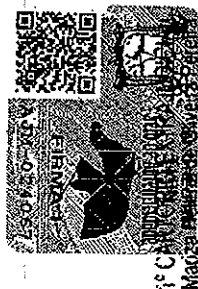
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

ATENÇÃO!!!

ATENÇÃO VER VERSÃO
30 de Notas





1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Durvalda Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelião Público

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada



1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Durvalda Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelião Público

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada



1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s)
Durvalda Angela de
Almeida
Santa Cruz(RN)

04 FEV 2019

Em Testemunho da Verdade
Em Rocha
Tabelião Público

Válido Somente com o selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz/RN
Elsisama Marques Rocha
Escrivente Autorizada

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139992/19

Número do Sinistro: 3190292663

Vítima: FRANCISCO INACIO DA SILVA

CPF: 637.738.214-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE ERENILSON DA PENHA : 024.336.394-09

Declaração Circular SUSEP 445/12

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

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: JOSE ERENILSON DA PENHA
CPF: 024.336.394-09

JOSE ERENILSON DA PENHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2. CONVOCAÇÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 1 de 3

CR *Isabella*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 03-2019/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2019

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2019 SOB O NÚMERO 02003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD637C3B6FA4E220CFDE4B56A7ADB5BCF8FFD5CF68742F233B496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>. Informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

Assinaturas manuais

<p>Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: CO-2018/017133-4 Data do protocolo: 26/01/2018 CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 03093149053 e demais constantes do termo de autenticação. Autenticação: FD6974386FA4822CCFDE4B56AFAD55ECF8FFDC5CF68743F233E4B6AFDA80E1FB8 Para validar o documento acesse http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital, informe o nº de protocolo. Pág. 4/13</p>	
--	--



7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.2028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/11/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 07003149953 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: F06974386FA48220CFDE4B56AFAD85ECF8FFD5CF88743F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 5/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003143055 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: PD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CFEE740F233E495AECA80E1FE8

Para validar o documento acesse <http://www.jucarja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 0/13



LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: DO-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 02003149053 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD69743B6FA4B220CFD84B56AFAD5ECF8FDF5CF68743F233E496AFCA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>. Informe o nº de protocolo. Pág. 10/13







4986507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º - A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º - A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º - A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º - A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º - O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

Parágrafo Primeiro - Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º - Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III - ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º - A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 1 de 10


Bernardo F. S. Bervanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE8208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4898508

ARTIGO 8º - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10


Bernardo R. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF8A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4896509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro – Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo – Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10


Bernardo P. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



convocada.

13/8



4986510

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

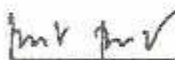
Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10


Bernardo F. S. Benveniste
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300264796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4995512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10


Bernardo F. S. Benwenger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C66883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4888513

ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4896514

- 12/3
- c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;
 - d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;
 - e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;
 - f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;
 - g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e
 - i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

- a) dois Diretores;
- b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;
- c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

- a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;
- b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4596515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 9 de 10

Bernardo F. S. Benavente
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0CB6883B2947CB1B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.



4996518

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

ARTIGO 30 - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF8A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002958803 - 11/10/2016



Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE

HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL
Tabellião: Carlos Alberto Firme Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: 2107-9400
Adequação por AUTENTICAÇÃO as firmas de: JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000524453) e HÉLIO BITTON RODRIGUES e
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia TIFUNDOS
Em testemunho da verdade. Total
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.
54091 HDE, CCLT-56882 ERS
Site em <https://www3.tjri.jus.br/sitapublico>
CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paula Cristina A. D. Gaspar
: 3,9% Escrevente
: CTRB 46062 série 00077 ME
Aut. 2013 3ª Lei 8.986/94



SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º andar – Centro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado pelo **Dr. JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 111.807 e no CPF/MF sob o nº 110.916.708-38, doravante denominada Outorgante, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681, **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, aos quais, independentemente de ordem ou nomeação, conferem plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 105 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representá-la judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, tudo

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, ficando, desde já, **VEDADO** receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº09. 248.608/0001-04 nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2018.

JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA
OAB/SP 111.807



CARTÓRIO
VANELE FALCÃO
Av. Erasmo Braga, 255, loja A
Centro - Rio de Janeiro RJ 21253-2121
18893044-3026

21º OFÍCIO DE NOTAS - DR. VANELE FALCÃO - TABELA DE NOTAS
Av. Erasmo Braga, nº 255 loja A, Centro - Tel. (21) 2532 2121, 03 de Abril de 2018
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de
JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA

Em testemunho da verdade.
M^{te} GU LHERME LEAL DE MENEZES WENCESLAU, Escrevente
Emolumentos: R\$ 5,56 TJ-Fundos: R\$ 2,25 Total R\$ 7,81
ECNF75775-ROP
Consulte em <https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico>

