

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000157348-6

Nr. da Autenticação 4FCE03071EBFDF61



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONCHITA CIARLINI

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Usuário (a):	Diogo Alexandre C da Silva			Nº do Prontuário:
Data de nascimento:	15/03/82	Cartão SUS:	706	808 735 232 621
Rua:	Sen. Touro			
Bairro:	Albel II			Nº: 06
CEP:	59619560		Complemento:	

Declaro para os devidos fins de direito que, após verificação em nossos registros, o usuário acima identificado reside no endereço fornecido, pelo qual, nos termos da lei, assumo total responsabilidade por essa informação.

Mossoró - RN, 08/11/19

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSSORÓ
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONCHITA CIARLINI
RUA DELAURÉIA, S/N - JARDIM

Assinatura e carimbo do responsável pela declaração

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IMI	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apoiar a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvیدoria: 0800 021 91 35



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONCHITA CIARLINI

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Usuário (a):	Diogo Alexandre C. da Silva			Nº do Prontuário:
Data de nascimento:	15/03/82	Cartão SUS:	706 808 735 232 621	
Rua:	Rua Touro			
Bairro:	Abel II			Nº: 06
CEP:	59619560			Complemento:

Declaro para os devidos fins de direito que, após verificação em nossos registros, o usuário acima identificado reside no endereço fornecido, pelo qual, nos termos da lei, assumo total responsabilidade por essa informação.

Mossoró - RN, 08/11/19

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSSORÓ
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONCHITA CIARLINI
RUA DELA...
[Assinatura]

Assinatura e carimbo do responsável pela declaração


 13/04/2008
 14:00
 PMA
 Roberto
 D. No
 Eduardo
 campo

3315-5075
 PM
 14:00 ou 14:00
 Sala 84

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CARLOS J C SILVA

CPF: 106.688.374-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEU TAVARES 6
ABOLICA O IABOLICA O /AREA URBANA
59619-560 MOSSORO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

177,06

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

039435601

Série: U

CONTA CONTRATO

000495996018

Nº DO CLIENTE

3000269147

Nº DA INSTALAÇÃO

0000474213

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

3229.5953.5D33.64E5.55E1.3910.DF53.EFF2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	232,00	0,33389274	77,46
Consumo Ativo(kWh)-TE	232,00	0,32892356	76,31
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,07
Multa por atraso-NF 037923958 - 18/02/20			2,97
Multa por atraso-NF 036420453 - 21/01/20			3,62
Juros por atraso-NF 036420453 - 21/01/20			1,20
Juros por atraso-NF 037923958 - 18/02/20			0,88
Atualização IGPM-NF 036420453 - 21/01/20			0,55
TOTAL DA FATURA			177,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
153,77	18,00	27,67	153,77	1,02	1,56	153,77	4,71	7,24

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25466000	MAR 20	232
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25087000	FEV 20	228
		JAN 20	270
		DEZ 19	263
		NOV 19	236
		OUT 19	268
		SET 19	209
		AGO 19	229
		JUL 19	213
		JUN 19	188
		MAI 19	216
		ABR 19	174
		MAR 19	175

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	54,44	35,41
Transmissão	6,02	3,91
Distribuição (Cosern)	37,88	24,63
Encargos Setoriais	8,80	5,72
Tributos	36,47	23,72
Perdas de Energia	10,16	6,61
TOTAL	153,77	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
-------------------	----------------	---------------	------------------	------------	---------------	---------	-----------	--------	-------------

00000000011557627 CAT 18/02/2020 36.194,00 19/03/2020 36.426,00 30 1,00000 0,00 232,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ III	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 59,08					
[Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.]					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia do povo nordestino: rua pero velho, 1215, centro / super alternativo de alimentos: av abel coelho, 1455, abolicaoLista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000495996018	03/2020	177,06	26/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000010 770600384000 495996018206 014051028930



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Maria do Socorro C. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 231.086.654 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Diogo Alexandre Costa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.349.784 / 62 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da vítima o mesmo inscrito (a) no CPF sob o Nº / , conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: <u>Sen. Tavares</u>		<u>06</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Abolição II</u>	<u>Monoro</u>	<u>RN</u>	<u>59.619-560</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

Monoro, 14 de Janeiro de 2020
Local e Data

Maria do Socorro Costa da Silva
Assinatura do Declarante



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 716

Documentação médico-hospitalar



Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizeram necessários que o usuário: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA, 37 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico; Colisão Carro x Moto

Data da Ocorrência: 30/10/2019

Local da ocorrência: Avenida: Abel Coelho, Abolição II prox. a SOMAR

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 18h 08min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Mayara Cibele Costa da Silva, 33 anos**, portador de **RG: 002.367.268.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago

Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

DIXON F. MEDEIROS LIMA
DIRETOR GERAL / SAMU
MAT. 405418-3

Dixon Fradik Medeiros Lima

Matrícula 405418-3

Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró

Rua: Sels de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN

Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915

e-mail: samumossoro@hotmail.com

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 51908 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA (37 a 7 m 15 d)

Nascimento: 15/03/1982

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706808735232621

CPF: 01034978462

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA

Pa: CARLOS JOSE DA COSTA E SILVA

Logradouro: SEU TAVARES, 6

Βαίπο: ABOLICAO II

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.988214261

Compd:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDA PELO SAMU, EM PROTOCOLO.

Classificação:

30/10/2019 18:41:00

PESO:

HORA	P.A	HGT	SatO2	FtO2	F.R.	F.C./Pulso	TEMP.	Glasgow	RT8
	150 90		87		22	87			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO/CARRO (SIC) REEFERINDO DOR NO TORAX, EM PUNHO E DEFORMIDADE E JOELHO E NA ALTURA DA TIBIA

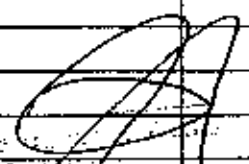
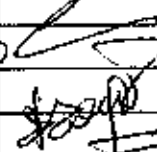
ESQUERDA

Hora: 14:00

Paciente, vítima de colapso moto-carro há 30 minutos, em
uso de epinefrina, retida pelo mesmo. Novo período de com-
oções e vômitos. Freixo segundo o protocolo do SAMU. Po-
ente Diabético em uso de Metformina, Glibenclâmida, Insulina
Nº 4. F = 120 batimentos por minuto.

A- Vios aéreas presentes. Si conocido E-
 B- MV+ en AHT, S/RA, Som. Ebro Pulmón Don go Perno la y nudo
 C- Hemo. Unom. comente lateral Pulso presentes 2 Don in go E
 D- ECG = 45. Pulso. Inverne e foto rregente

Diagn. Inicial: Fractura de fémur

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(A) Boléto RoloX de TOTOX Pingo E, Jallho E J (B) Tábua Uomg. EV. 4000 (C) Uterin do Traumatologia 30.10.14 20004 → Colina Uotox adlo Intera. Tendo PLATI 1000 " Pimento E. Cicbrunoz / Tendo am H/L - Doc. Ofreruat 1º Celu 1107 Coloca. Taba. Culo. Pórtica. Cate fillo. Tuda pinto E		MOO E 19:20	
Manoel Fernandes da Silva Ortopedia e Traumatologia CNPJ 09.2990			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito (x) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/ 19. Hf

Médico:

*Gerado via SX por JUREI DE DE BRITO DE MEDEIROS em 04 de Outubro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME NOSSORO 17114

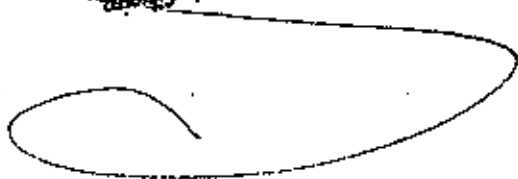
812

542.1. + 552.5
N of 05. 054. 3.

SAME / ARQUIVO

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO VAI
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
GABE MOSCOSO 12/11/2019
1214

Manoel Fernandes do Siqueira



Attestado
12/11/2019

12/11/2019
256
Eunice

Prontuário: 210364



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA** (Fia: 5714/2019), CPF:01034978462.

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

Mossoró/RN, 30 de Outubro de 2019.

Mayana Ribeiro Costa da Silva
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 11/11/19

Rafaela
Assinatura

**NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.**

DATA 11/11/19

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
BAME MOSSORÓ 19/11/2019
SANE / ARQUIVO BIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA (8 - 5714/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

210364

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706808735232621

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/03/1982

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE
988214261

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SEU TAVARES, 8 - ABOLICAO II

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59619560

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Tramete dorso p/ c.
para tendões e pontos mltos.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

recrutamento cirurgico

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

Tramete p/ c/ p/ d/ c/ + imagem.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

24 - CID 10

PRINCIPAL

S82.3

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050543

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

43792789420

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/10/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura do Cirurgião - FEOI 135

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 19/11/2019
SAME / ARQUIVO BLW

DATA: 08/11/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 30/10/2019

37 ANOS

Leito: 211-2

MOSSORO-RN

CODIGO: 51908

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 02	8º DJH COM FX DE PLATÔ TIBIAL E PUNHO ESQUERDO + DM + HAS QP: PACIENTE SEM QUEIXAS EFG: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AHT. SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ MSD: NEUROVASCULAR PRESERVADO MIE: SEM SINAIS DE TVP. NEUROVASCULAR PRESERVADO SITUAÇÃO: FICHA DO SISREG PREENCHIDA - CIRURGIA MARCADA PARA DIA 08/11/19 AS 7 HRS NO WILSON ROSADO 30/10/19 HB 10,6 HT 31,7 LEUCO 9900 PLAQ 184,000 GLICOSE 170 UR 42 CR 0,8 RISCO CIRURGICO BAIXO CD: CIRURGIA PROGRAMAD A PARA HOJE NO HWR VPM

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ZERO	
2	SF0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	1 2 3
3	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD EV 6/6 HORAS SN	SN
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATARIA	14 22 06
5	ENALAPRIL 10MG, 12/12H, VO	10 22
6	HGT 6/6H E ANOTAR NO PRONTUÁRIO	10 16 22 04
7	INSULINA REGULAR CONFORME PROTOCOLO, SC	
8	INSULINA NPH 20U PELA MANHA E 10U PELA NOITE, SC	
9	GLICOSE 50%, 40ML SE HGT<70, EV	
10	PASSIFLORA INCARNATA 260MG, 01CP, À NOITE, VO (COM FAMILIA)	
11	SSVV + CEGG	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 11/11/2019
Bim
SOME / ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

RH
05

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

30/10/19	± 19h
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:*				Naturalidade	
Diogo Alexandre Costa da Silva				Mossoró/RN	
Filiação*		Carlos José da Costa e Silva			
		Maria do Socorro Costa da Silva			
Estado Civil:*	Data de Nascimento:*	Idade:	Sexo:	Renda Mensal R\$:	
Divorçado	15/03/1982	37	F	X	
Endereço:*					Nº
Rua Ben Tavares					06
Bairro:*	Cidade:*			Profissão:	
Abolição II	Mossoró/RN			Moto	
Ponto de Referência:					
CNS - Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*		RG:*	
7032046 8987 9397		050.349.789-62		001.856.979	
Telefone para contato:*					
Pessoa Responsável:*			Grau de parentesco:		Telefone:*
Maria do Socorro Costa da Silva A mãe			A mãe		98631-2914

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	X	PRÓPRIA	X	ALUGADA		CEDIDA		TELEFONE	
ÁGUA	X	LUZ	X	TAIPA		ALVENARIA	X		
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO	1	IDOSO	2

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ	X	REFEIÇÃO	X	NORMAS E ROTINAS	X	ORIENTAÇÃO	X
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:*							
Acidente Colisão moto/carro - Fratura de joelho e atendimento de patela.							
CLÍNICA	Cirurgica			LEITO	215-2		

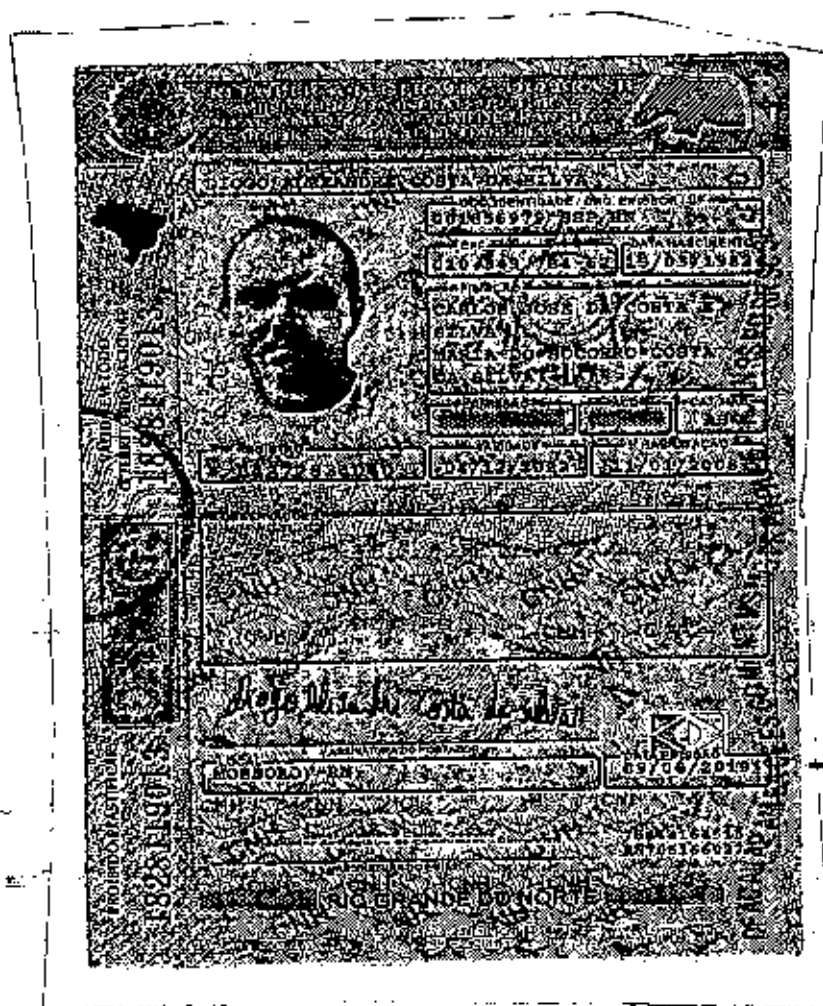
Observações:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
BAME MOSSORÓ 19/10/2019

Data: 01/11/19

BAME / ARQUIVO

Sres Vieira
Assistente Social

[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 542.397

NOME MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 02/12/2014

FILIAÇÃO JOSE ALEXANDRE DA COSTA
MARIA SALETE CARLOS DA COSTA

NATURALIDADE FRUTULOSO GOMES RN

DATA DE NASCIMENTO 28/09/1959

DATA DE CASAMENTO 1-842 F-112 RG-2117

REGISTRO RI-2 CARTÓRIO

CPF 211.088.154-72

Assinatura

Assessoria Social e Jurídica

Nº 2.116



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO GENTILINO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

5. 2006 DISEÑO

Maria do Socorro Costa da Silva

3. 2006 DISEÑO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN/RN Nº 014374755779
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: COD. RENAVAM: 01088882622 ANO FAB: 2016 ANO LIC: 2019

PLACA: 0719971-184-024
MARCA/MODELO: HONDA/CG 251-FAN

PASSAGERO/MOTOCICLISTA
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

CATEGORIA: PARTICULAR
COR/PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 12/08/2019
VENC. COTA ÚNICA: 12/08/2019

PREMIO TARIFARIO: 12,00
TAXAS DE EMISSÃO: 12,00

PREMIO COTA ÚNICA: 12,00
TAXAS DE EMISSÃO: 12,00

DATA: 10/06/2019
LOCAL: Mossoró/RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS APESAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014374755779 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RENAM: 01088882622 MARCA/MODELO: HONDA/CG 251-FAN

ANO FAB: 2016 ANO LIC: 2019
CHASSI: 9C20G69006R201938

PREMIO TARIFARIO: 12,00
CUSTO DO SEGURO: 12,00

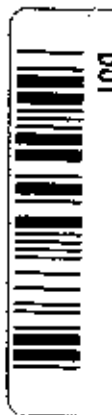
CUSTO DO BILHETE: 12,00
TOTAL A SER PAGO SEM DEDUÇÃO: 12,00

PAGAMENTO: COTA ÚNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 12/08/2019

LIDER DPVAT

48.000/000104

FEV-2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088802/20

Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

CPF: 010.349.784-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: DIOGO ALEXANDRE
COSTA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



MARIA DO SOCORRO COSTA : 231.086.654-72

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

DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA : 010.349.784-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA
CPF: 010.349.784-62

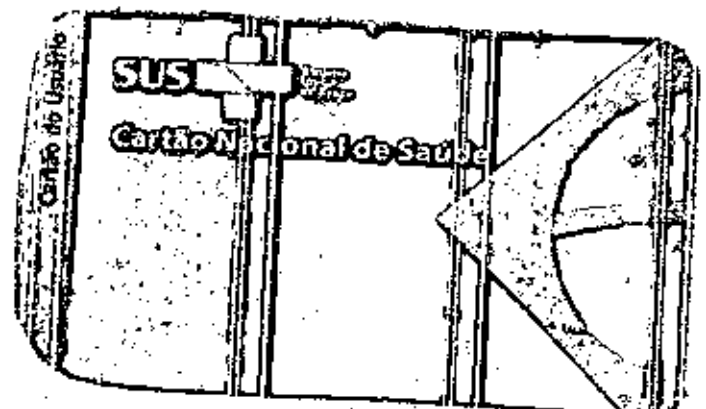
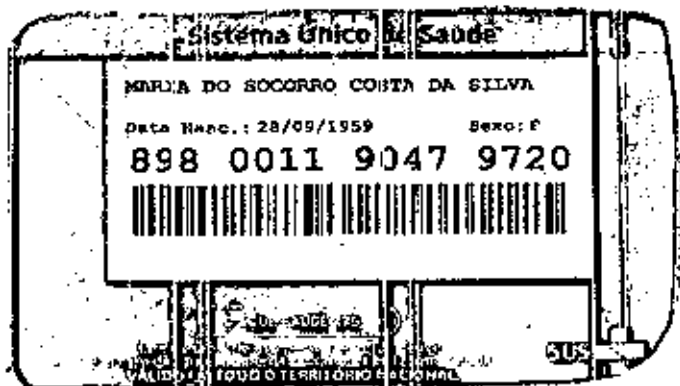
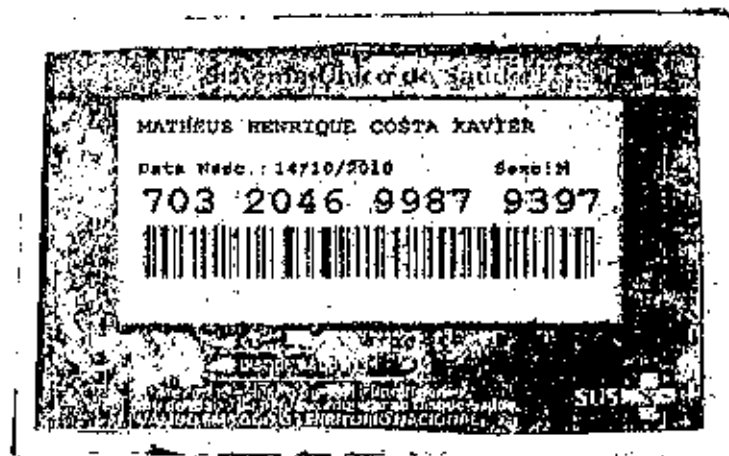
Responsável pelo cadastramento na seguradora

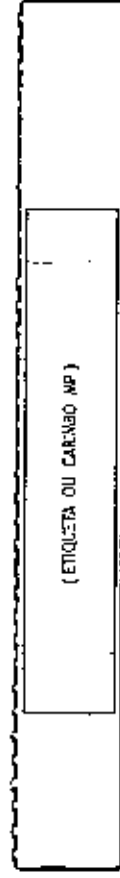
Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

9184-3129







Correios		REGISTRADO URGENTE <i>registered priority</i>	PESO (kg) weight
Recebido	10/11/20		AR MP
Assinatura	Doc.		
R			
			

SEGURADORA LIDER

RUA DA ASSEMBLEIA, 100, 21º ANDAR, CENTRO
CEP: 20011-904, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112013 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL E PUNHO ESQUERDO (PAG.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

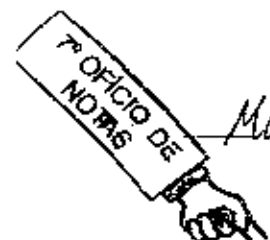
OUTORGANTE:

Nome: Diogo Alexandre Costa da Silva
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: divorciado
 Profissão: moto boy
 Identidade: 001.856.979 CPF: 010.349.784-62
 Endereço: Rua: Sen Tavares, 06. Abolição II

OUTORGADO:

Nome: Maria do Socorro Costa da Silva
 Nacionalidade: brasileira Est. Civil: casada
 Profissão: A.S.G.
 Identidade: 542.387 CPF: 231.086.654-72
 Endereço: Rua: Sen Tavares, 06. Abolição II

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Diogo Alexandre Costa da Silva



MOSSORO - 14/02/20

Local e data

* Diogo Alexandre Costa da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088802/20

Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

CPF: 010.349.784-62

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: DIOGO ALEXANDRE
COSTA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO SOCORRO COSTA : 231.086.654-72

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

DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA : 010.349.784-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA
CPF: 010.349.784-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112013

Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIOGO ALEXANDRE COSTA 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

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112013

Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000157348-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

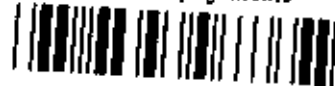
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

010.349.784-62

4 - Nome completo da vítima:

Diogo Alexandre Costa da Silva

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

5 - Nome completo:

Diogo Alexandre Costa da Silva

6 - CPF:

010.349.784-62

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua São Tavares

9 - Número:

6

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Abolição II

12 - Cidade:

Maracá

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59619-560

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(84) 99843129

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

157348

6

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herança (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprimante digital da vítima ou beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Maracá, 14/01/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



6277 8016 9239 3055

VALIDO SEMPRE NO BRASIL

VALIDO ATÉ

10/24

DIOGO ALEXANDRE C SILVA

0560 013 00157348-6

elo



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº

1006119

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV ABEL COELHO	Bairro:	ABOLIÇÃO 2
P. Ref.	AUTO ESCOLA MAIS	Data:	30/10/2019

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	QGH8A72	Cidade	MOSSORO	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA CG 125 FAN	Ano	2016/2016		
Proprietário	DAYSE VIVIANE DIAS DE OLIVEIRA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	DIOGO ALEXANDRE DA COSTA SILVA	Data de nasc.	15/03/1982		
Endereço	R: SEU TAVARES	Nº	6	Fone	(84)991843129
Bairro	ABOLIÇÃO 2	Cidade	MOSSORO	UF	RN
CPF nº	01034978462	CNH	04272834040	AB	Validade 04/12/2022
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV ABEL COELHO
Em que sentido?	ABOLIÇÃO 3 / ABOLIÇÃO 1
Em que faixa?	ESQUERDA

Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA E NAS PROXIMIDADES DA AUTO ESCOLA MAIS, UM VEICULO QUE TRANSITAVA NA SUA FRENTE FOI FAZER O RETORNO, E O MESMO AINDA TENTOU FREAR E DESVIAR MAS ACABOU COLIDINDO NA TRASEIRA DO VEICULO.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/
declarante

Diogo Alexandre Costa de Silva



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/12/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações

André Victor Gê do Nascimento

Posto/Graduação

SD PM

Matrícula

2019884

Viatura

Unidade

2º DPRE

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 1006119

1 - DATA

Local: AV APOL COELHO Bairro: ABOLIÇÃO II
Cidade: MOSSORO/RN UF: RN
Data: 30/10/2019 Hora do acidente: 18:00 Hora do registro: 18:25 Dia da semana: QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ Colisão Frontal ☐ Colisão Lateral ☐ Capotamento ☐ Atropelamento
☒ Colisão Posterior ☐ Colisão Transversal ☐ Choque ☐ Outro(s):

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi: MZK4963 Cidade: MOSSORO UF: RN
Marca/Mod.: FORD FALCON 3.2 D Cor: PRATA Ano: 2009 12009
Proprietário: ABLO ARVAN ARAYDO DE ANDRADE Nº de Ocupantes: 1
Condutor: ABLO ARVAN ARAYDO DE ANDRADE Data de Nascimento: 30/03/1980
Endereço: RUA ALBERTO DOMINGOS DA SILVA Nº: 70 Fone: 9442 2056
Bairro: SAIA DELMIRA Cidade: MOSSORO UF: RN
CPF: 035.004.304-30 CNH Nº: 01.07.0908.860 Validade: 04/10/2022 Categoria: AB
Local de Trabalho: Fone: _____
Ind.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi: Q6H8A72 Cidade: MOSSORO UF: RN
Marca/Mod.: FORD FALCON 3.2 D Cor: PRATA Ano: 2016 12016
Proprietário: ABLO ARVAN ARAYDO DE ANDRADE Nº de Ocupantes: 1
Condutor: ABLO ARVAN ARAYDO DE ANDRADE Data de Nascimento: 30/03/1980
Endereço: RUA ALBERTO DOMINGOS DA SILVA Nº: 70 Fone: 9442 2056
Bairro: SAIA DELMIRA Cidade: MOSSORO UF: RN
CPF: 035.004.304-30 CNH Nº: 01.07.0908.860 Validade: 04/10/2022 Categoria: AB
Local de Trabalho: Fone: _____
Ind.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____ UF: _____
Marca/Mod.: _____ Cor: _____ Ano: _____
Proprietário: _____ Nº de Ocupantes: _____
Condutor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CPF: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: Fone: _____
Ind.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

6 - VEÍCULO 04:

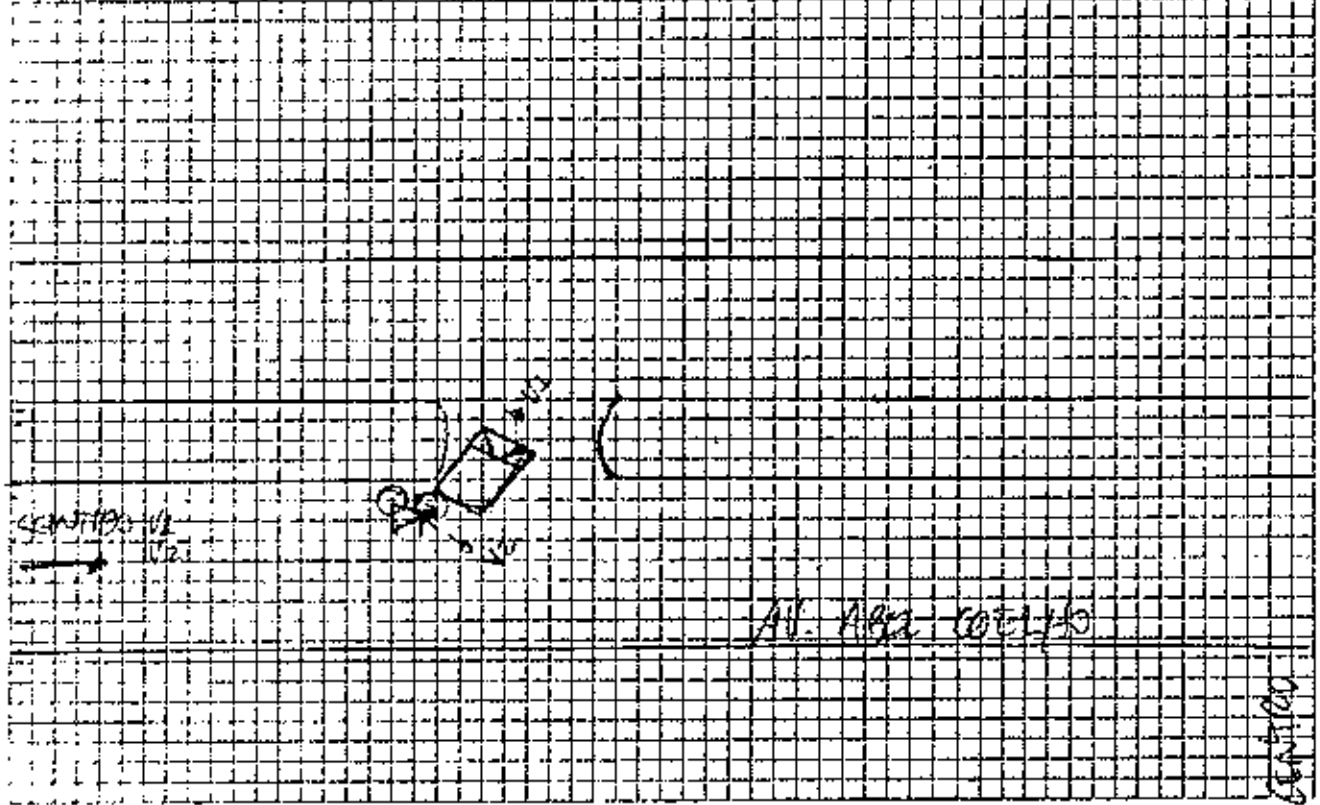
Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____ UF: _____
Marca/Mod.: _____ Cor: _____ Ano: _____
Proprietário: _____ Nº de Ocupantes: _____
Condutor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CPF: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: Fone: _____
Ind.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

CONDIÇÕES DA VIA

☐ Amanhecendo -	☒ Sol	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☐ Meio Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Ative Ingrete	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☒ Noite e Iluminação	☐ Nebulosa	☐ Cascalho	☐ Ative Suave	☐ Poças D'Água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite e Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Ingrete	☐ Oleosa	☐ Linha
☐ Iluminação Deiciente		☐ Outros	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s)
			☐ Lameada	☐ Em Obras	☐ Lameada eletrônica
			☒ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. <u> </u> KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ <u> </u>
			☐ Retorno		☐ <u> </u>
			☐ Entroncamento		☐ <u> </u>
			☐ Bifurcação		☐ <u> </u>
					☐ <u> </u>

9 - 4. ROTEIRO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 CARRO
 CAMION
 MOTOCICLETA
 PEDESTRE
 BICICLETA
 CARRO COM CONDUTOR
 CARRO COM CONDUTOR
 CARRO COM CONDUTOR
 CARRO COM CONDUTOR
 CARRO COM CONDUTOR



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

AVARIA LANTERNA, PARACHE QUE É
 LANTERNA LADO ESQUERDO, REFLETOR
 DO MONTEIRO, TAMPA DA
 CARCERIA

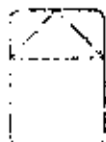


AVARIAS DO VEÍCULO 2

AVARIA CARCERIA DO LADO DO MONTEIRO
 TAMPA DO MONTEIRO, TAMPA DO
 MONTEIRO DO ESCAPE
 TAMPA DO ESCAPE
 PARTES INTERNAS A
 VERMELHAS



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

CONDUTOR 1 - Em que Rua/Av. Transitava? AV. RUA COELHO
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor ESTAVA RUA TRANSITAVA NA RUA CITADA E FUI INICIAR A MANOBRAS COM O VEICULO NA RUA DE RUA DAS 5 SEGUNDAS MANOBRAS OS CARROS DA OUTRA VIA PASSAR, ESCUTEI UM BOMBA DO VEICULO AV. DESSEM CONFIEI QUE UM AUTO FICOU TRAVESSA NA FAIXA DA CARRO, DESCI O ALTO DO CARRO E FIQUEI COM O CARRO E O TRAFEGO.

Assinatura do Condutor do V1

Paula Antonia Pereira de Andrade

CONDUTOR 2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2

CONDUTOR 3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3

CONDUTOR 4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATN° _____ CÓD/DESP _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

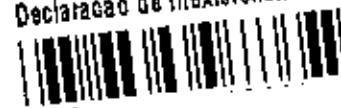
I / V1 V2 SE ENCONTRAVAM LOCAL
 II / CONDUTOR DE V2 FOI SOCORRIDO PELA VTR SAMU
 III / V1 CULOS ABANDONADO NO LOCAL

Assinatura completa do Agente: WESLEY MAGALHÃES DE ANDRADE
 GRUPO: SGT Matr: 202187-9 Vítima: DETA Subunidade: 220PLE
 Assinatura Data: 16/10/2019 30 de OUTUBRO de 2019 EE
 Assinatura do Agente de Trânsito

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.