

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACKSON GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00585-1

CONTA: 000010039274-1

Nr. da Autenticação 5C499566D8F02F6A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190585509 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ESTRUTURAS E ÓRGÃOS CRANIOFACIAIS.

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 RESIDUAL DE ESTRUTURAS E ÓRGÃOS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 06 //

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585509

Vítima: JACKSON GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JACKSON GOMES 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JACKSON GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000585-1

Conta: 000010039274-1

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,





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Sálgado Filho, 1565, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.356/0001-06 / INSC. Estadual: 20055-426-3
Atendimento Central (84) 3232-4652 / Ouvidoria: (84) 3232-4662

EXIBIÇÃO DE CANCELAMENTO

115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 06/06/2019 ÀS 09:11:20

MATRÍCULA:		MÊS/ANO	
7794606		06/2019	
DADOS DO CLIENTE			
RONALDA DIAS DE ARAÚJO FERNANDES RUA DEOCLETO FLORENCIO FREIRE, N. 15 - AEROPORTO MOSSORO RN 59607-780			
INSCRIÇÃO	POT.	SECTORA	CLASSIFICAÇÃO DE PREDIÇÃO
303,008.610.0248.000	15	1473	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÓSULO
BARÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO
Y16S309277	LEGADO		POTENCIAL
CONSUMO ÁGUA (M3): 2		DATA LEITURA: 06/06/2019	
		LEIT. ATUAL: 418	
		LEIT. ANT.: 417	
		DIAS CONSUMO: 30	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
05/2019	14	05/2019	0
04/2019	0	02/2019	0
		01/2019	0
		12/2018	0
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RES ENTRE 50 E 100H 3 UNIDADES			
CONSUMO DE ÁGUA		2 M3	79,98
MULTA P/IMPONIBILIDADE 05/2019			1,66
FATURAS EM ATRASO			
REF 201902	85,85		
REF 201903	90,26		
REF 201904	83,73		
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)
PIS		79,98	1,65
COFINS		79,98	7,6
			6,08
VENCIMENTO:		16/06/2019	TOTAL A PAGAR: 81,64
O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2019, REFERENTE A 2018, ESTA DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS".			
MONITORAMENTO GERAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA			
Parâmetro	Turbidez	pH	Cond. Total
Valor Recomendado	≤ 5,0 NT	8,0 a 8,5	% de Aterção
Valor Medido	2,70	7,4	100,0 %
			1,0
			≤ 10,0 mg/L

826000000000 R 81640006303 7 00279460601 8 06201950003 2



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
7794606	06/2019	16/06/2019	81,64



caern
www.caern.rn.gov.br

COMPROVANTE DA CAERN

DECLARAÇÃO DE VERDADE

Eu, Jaksony Jose de Oliveira
RG nº 003.964.843, data de expedição 24/01/38 Orgão Hep RJ

CPF nº 767.467.553-04, venho perante a este instrumento declarar que não possui propriedade de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprovatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Parque)	Rua Deoclecio F. Freire
Número	15
Bloco / Complemento	Casa
Bairro	Aeroporto
Cidade	Mozzoro
Estado	RJ
CEP	59607-780
Telefone do imóvel	(84) 99827-9066
Contato	Não possui

Por ser verdade, firmo-me.

Assinatura e Data:

Mozzoro - RJ 24/08/2019

Assinatura do Declarante:

JAKSONY JOSE DE OLIVEIRA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

F. M. BERRADO MEL

DOCUMENTO

CONFESSÃO DE O

CONFESSÃO DE O

CONFESSÃO DE O

CONFESSÃO DE O

CONFESSÃO DE O

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CONFESSÃO DE O

DADOS DO ATENDIMENTO		DATA	25/05/19	HORA	20:55						
NOME		Jackson Gomes de Silva		IDADE	24	SEXO	m				
DATA DE NASCIMENTO		/ /		CARTÃO SUS							
PROFISSÃO		Aquecedor		RG							
ENDEREÇO		V -		Nº							
BAIRRO		Cidade do Cel		ESTADO	RN	TELEFONE					
NOME DA MÃE				ASS. SERVIDOR							
ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO											
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:											
QUEIXAS											
ANTECEDENTES ALÉRGICOS											
HAS () DM () ASSINATURA				CLASSIFICAÇÃO							
ANAMNESE											
Enxameado p/ HRTM paciente vítima de queda de moto, com trauma no face, glóbulos 15 e TCE leve. Apresenta lesões no corpo. Sat O ₂ 98% ; PR 146mm.											
EXAME FÍSICO		PESO	TEMPERATURA	GR F.C.	84	PA	150x90	MMHG FR	HGT	136	
CONDUTA () MEDICAÇÃO								() OBSERVAÇÃO		() LAUDO PARA AIIH	
Transferido p/ HRTM											
SFO, 9% 500 ml, EV 420mm											
Preparo dos broncos											

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO		CID
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS		MÉDICO: Carimbo/assinatura
SAÍDA DATA/HORA / / AS : () ALTA REFERIDA PARA UBS () ÓBITO		
() OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA () ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

CRIME MORAIS
MORAIS
CRM/RN 7930



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 **JACKSON GOMES DA SILVA** (Fia: 2725/2019), CPF:10683710486.

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, 25 de Maio de 2019.

Sobrinho materno Silva
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 18.06.2019
Bianca
SAME / ARQUIVO

Pnt

Fraturas múltiplas osso face
Solução internamente.

Dr. Valmir Braga de Aquino
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO-PB: 3670 - CRO-RN: 3697

25/05/19 #MCN#

às 22:46

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 18 de Maio de 2019
BIM
SAÍDAS / ARQUIVO

PACIENTE 24 ANOS VÍTIMA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO C/ TRAUMA
CRÂNIO FACIAL.

LAO EXAME:

GUJ GOM: (AO: 3, RV: 5, RM: 6): 14PTS

SIDE FIGHTS FOCUS

TC CRÂNIO → FRATURAS DE

FACE. + DISCRETÍSSIMO HEDS
EM PONTA DE TEMPORAL À ©.
SIFTEITO DE MASSA + FRATURA
LINEAR TEMPORAL SUBJACENTE.

U. REPETIR TC CRÂNIO EM
72H PLATA DA NCV OU SE
PORA NEUROLÓGICA

LIBERAR O PROCEDIMENTO DA BME

6233

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

Jackson Soares Silva

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - SEXO

 MASC ☒

 FEM ☐

11 - RAÇA/COR

12 - NOME DA MÃE

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

26 - DIAGNÓSTICO INICIAL

27 - CID 10 PRINCIPAL

28 - CID 10 SECUNDÁRIO

29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - QTD.

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - QTD.

39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Solicito 02 placas 1.5mm (microfrag-
mentos) + 10 parafusos p/ fixação de
furo de órbita*

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

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

☐ CNS

☐ CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

☐ CNS

☐ CPF

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jackson Gouveia Silva Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura de 1/3 médio de fêmur

Indicação terapêutica: osteossíntese de fratura de

Complexo zifeno-orbitário (E)

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Adriano

1ª Auxiliar: Dr. Colton

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Radosfo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 18/06/2019

SAME / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

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

- 1) Plano de acesso
- 2) Articulação + aplicação de curativos
- 3) Acerto de fratura + humificação + sutura e infra-orbitária
- 4) Dissecção por planos e curativos
- 5) Abordagem dos fraturas
- 6) Redução + fixação osseas q/ 02 placas 1,5m c. + 10 parafusos
- 7) Toilete antisséptico q/ SFO, 9/1
- 8) Suturas por planos
- 9) curativo

Dr. Adriano Albuquerque
Cirurgião Bucal, Maxilofacial
e Otorrinolaringologista
CRM 1277



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

Nome do paciente: Jaquim Gomes da Silva Pront.:
Cirurgião: Reconstrução Fratura de art. 5 Data: 26-06-19
Cirurgião: Dr. Adriano Auxiliar: Edson Instrumentadora: Wanda
Anestesiista: Dr. Rodolfo Anestesia: General
Início da Cirurgia: 08:30 Término: 10:00

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	20 unidades
* GASES	80 unidades
* ESPARADRAPO	80cm
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	1 unidade
* LUVA 7.5	4 pares
* EQUIPO PARA SORO	1 unidade
* S CALES N°	
* JELOS 1.8	1 unidade
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 10 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 20 ML	2 unidades
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* Sonda ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMIA	
* Sonda URETRAL N°	
* Sonda FOLEY N°	
* Sonda NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO N° 14	1 unidade
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	1 unidade
* BOLSA DE CELESTOMIA	
* DRENO DE PEYROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE DRUPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CRUADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO 22 g/A	2 unidades
* MONONYLON 30 g/A	2 unidades
* OUTROS FIOS 40 g/A	1 unidade
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVP ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVP DEGERMANTE clorexidina 50 ml	
* SOLUÇÃO DE PVP TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETHER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	1.000ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER O/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER O/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANEJO 11.5ml	3 unidades
* XILOCAINA 1.7%	1 FA
* ABD. luva procedimentos	
forno nascer prop. 5 pares de codo	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 18/06/2019

SAME / ARQUIVO



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Jackson Gomes Silva

Leito: 301-1

DATA	EVOLUÇÃO
06/06/19	Pte submetido à Osteossíntese de fratura C70 @, procedimento sob framerise normal.

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
	① dieta zero até 15h, após, dieta progressiva			
	② SPC 9/1000 mg EV 24h		4 ^h 8 ^h	
	56.5/1000 mg		12 ^h 4 ^h	
	③ Clindamicina 600mg + SPC 9/1000 mg EV 6/6h		10 22 04	
	④ Dexametasona 4mg + KCl EV 8/8h		24 22 06	
	⑤ Dipirona 200 + HCl KCl EV 6/6h		SIN	
	⑥ Paracetamol 0/amp EV 1x/dia		10	
	⑦ SSI/V + CC GG		Próximo	
	⑧ Solicito Rx de fêmur esquerdo			
	Dr. Adriano Albuquerque Cirurgião Bucal Maxilofacial Implantodontia CRM 1417			
06/06/19	alta liberado			
	Dr. Lécio Fernandes Sales Cirurgia Bucal Maxilofacial CRM 1417			
	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO NAIJA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL AME MOSSORO 18/06/2019			

Vitória

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

003.324.048 04/02/2019

Nome: JACKSON RIBEIRO DA SILVA

CPF: 003.324.048

DATA DE EMISSÃO: 04/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO: 04/02/2019

LOCAL DE NASCIMENTO: RIO DE JANEIRO

DATA DE NASCIMENTO: 19/07/1994

SEXO: M

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: N/A

ENDEREÇO: RUA DE MENDONÇA, 1400 - T. 149 - BS 70090

CIDADE: CARIACICA - RJ - CEP: 20090-000

106.037.104-06

Assinatura: Jackson Ribeiro da Silva

Assinatura: [Assinatura]

LEI Nº 7.116/73 - 29/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO - GENETICO DE PERICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDO

Assinatura: Jackson Ribeiro da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE RESENÇA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDO

ASSINATURA ESCRITA

DATA DO AT- JANEIRO DE 1964

CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº

VALER EMI TOSDO O TERRITÓRIO NACIONAL 24/07/2016

REGRITO : 003.958.873 DATA DE EMISSÃO

MACAB: JARNEY JUNE DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO: JOSEPHIN MARCELLO DE OLIVEIRA

MATERIA DE LICENCIAMENTO: DIREITO DE LICENCIAMENTO

NATURALIDADE: RISSAS DE

DOC ORIGEM: PERT. DE US-MIA 1-3-58 F-266 65-33082

1- FUNDACAO CE-2 CARBONATO

12. VIA

Assessoria Ferrazinho N. Junior

10/08/2016

157.467.853-34

CONCLUSION

NGK/GE

NATIONAL IDENTITY

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Solitaire

• 9552 • 11:45 AM

Agri-cultor

0370 01156422

003 324 068

35

106.837 104-86

SINGER CO.

Rua José Alves Dantas 02 Vila Brasil São João del-Rei RN

OUTORGADO

Figure 1

Jo Kwaney Jose de Oliveira

INCORPORATE

ΣΥΝΟΨΗ ΕΡΓΟΥ:

B. H. Sullivan

Dinero

1990/1991

Impulse

INDEX PAGE

003 964 873

QF:

464-464-553-04

ENDS

① Doce de Florença Fava nº 35 de exportação

NOME DA VENDEDORA: Jackson Gomes de Silva

DATA DE ACIDENTE: 25/05/39

COBERTURA: Includes

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, opina qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSORCIO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do autor(a) a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao autor(a).

Monroe - Ru 34/08/2039

1624L F 17A7D



Of/cio

Joe Kzen Gomes da Silva

ANSWER DO NOTORGALIT

~~RECONHECEREMOS A FORMA POR AUTENTICIDADE~~

Cartório Vieira
1ª. Of. de Reg. de Imóveis

Office of the Registrar

Reconheço a autenticidade a firma de:

JACKSON GOMES DA SILVA *****
 Dou 18 Em testemunho da Verdade, Mossoro-RN, 24/07/2019 13:42:57
 [2019-000-00010-5] 13:42:57

SÉLO DIGITAL: RN201800949040001022RJY

ELIZABETH DE MEXICO LITON C. 1900



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359042/19

Vítima: JACKSON GOMES DA SILVA

CPF: 106.837.104-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: JACKSON GOMES DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA : 767.467.553-04

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

JACKSON GOMES DA SILVA : 106.837.104-86

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: 15/10/2019
Nome: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA
CPF: 767.467.553-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585509

Vítima: JACKSON GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JACKSON GOMES 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.**

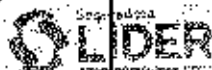
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Revólva o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DISSPÓS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº de inscrição AFII:

3 - Nº de inscrição AFII:

306.837.304-86

4 - Nome completo do segurado:

Jackson Gomes da Silva

RESENERO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA QUITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP Nº 455/2011

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Data de nascimento:

8 - E-mail:

9 - Endereço:

Rua José Aires Dantas

10 - Cidade:

Serra do Mel

11 - UF:

PR

12 - CEP:

306.837.304-86

13 - Complemento:

02

14 - CEP:

306.837.304-86

15 - Tel (DDD):

(84) 99827-0066

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

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPEANÇA (se houver para fins de depósito, conforme anexo)

☐ CONTA CORRENTE (se houver para fins de depósito)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (194)

☒ Banco do Brasil (101)

☐ Caixa Econômica Federal (106)

AGÊNCIA:

0685

CONTA:

39274

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER creditar no banco beneficiário informado, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, em nome do segurado, imediatamente após a liberação do crédito, quitando com o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAURO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA O SEGURO DE INVALIDEZ CERTAMENTE

Declaro, sob as penas da lei, sob a minha responsabilidade, que não há lauro do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de documentação da indenização do Seguro DPVAT por incapacidade permanente, ou seja, que (assinale 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Foto em anexo, assinada pelo segurado, atestando a ausência de lauro do IML, para fins de documentação da indenização do Seguro DPVAT por incapacidade permanente, ou seja, que (assinale uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do segurado:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte do segurado:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima possui companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima possui filhos menores de idade:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se a vítima possui filhos menores de idade, informar o nome completo:

30 - Vítima possui filhos maiores de idade:

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

32 - Se a vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

33 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

34 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

35 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

36 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

37 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

38 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

39 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

40 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

41 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

42 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

43 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

44 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

45 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

46 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

47 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

48 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

49 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

50 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

51 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

52 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

53 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

54 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

55 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

56 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

57 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

58 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

59 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

60 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

61 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

62 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

63 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

64 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

65 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

66 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

67 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

68 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

69 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

70 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

71 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

72 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

73 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

74 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

75 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

76 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

77 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

78 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

79 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

80 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

81 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

82 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

83 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

84 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

85 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

86 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

87 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

88 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

89 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

90 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

91 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

92 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

93 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

94 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

95 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

96 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

97 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

98 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

99 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

100 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

101 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

102 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

103 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

104 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

105 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

106 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

107 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

108 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

109 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

110 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

111 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

112 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

113 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

114 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

115 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

116 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

117 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

118 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

119 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

120 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

121 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

122 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

123 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

124 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

125 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

126 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

127 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

128 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

129 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

130 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

131 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

132 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

133 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

134 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

135 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

136 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

137 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

138 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

139 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

140 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

141 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

142 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

143 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

144 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

145 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

146 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

147 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

148 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

149 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

150 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

151 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

152 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

153 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

154 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

155 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

156 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

157 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

158 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

159 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

160 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

161 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

162 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

163 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

164 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

165 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

166 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

167 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

168 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

169 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

170 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

171 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

172 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

173 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

174 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

175 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

176 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

177 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

178 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

179 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

180 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

181 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

182 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

183 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

184 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

185 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

186 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

187 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

188 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

189 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

190 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

191 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

192 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

193 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

194 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

195 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

196 - Vítima possui filhos maiores de idade, informar o nome completo:

197 - Vítima possui filhos maiores

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/10/2019 Autoatendimento 18:38:42
836020851 1262

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - CHEQUE

PAYMENTO: JACKSON GOMES DA SILVA
AGENCIA: 8685-1
CONTA: 39.274-X
VARIACAO: 1.389.537.067
VALOR: 51
NR. ENVELOPE

* Acusado em: 14/10/2019, na Agência 8358-7.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 667/2012.

AVALAR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.
Cheques estao sujeitos aos prazos legais de
compensacao e devolucao.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao aceitos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB: 0800-0148 "Consulta Envelope"
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-723-0148 (demais localidades).

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES DE
MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024222/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/07/2019 11:37

Data/Hora Fim: 05/07/2019 12:07

Delegado do Polícial: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Serra do Mel

Data/Hora do Fato: 25/05/2019

Local do Fato

Município: Serra do Mel (RN)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: Rodovia RN 011

Ponto de Referência: Próximo ao Galpão

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JACKSON GOMES DA SILVA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 19/07/1994

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Solange Maria da Silva

Nome do Pai: Josenilde Josias Gomes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 106.837.104-96

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

Logradouro: Rua José Aires Dantas

Nº: 02

Complemento: Portão do Mito Cross

Bairro: Vila Brasília

Telefone: (84) 98732-2920 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 047.957.444-83

Placa: nnu1796

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jackson Gomes da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Informa que transitava na Vila Brasília sentido Vila Mato Grosso quando foi surpreendido por um besouro que bateu no seu rosto e lhe causou desequilíbrio; QUE a partir deste momento o comunicante não lembra de detalhes mas soube por testemunhas que o mesmo colidiu em uma outra motocicleta tipo Honda Blz cujas características não sabe informar; que foi socorrido ao Hospital da Serra do Mel, Unidade Mista Sívio Romero de Lucena, em seguida foi transferido para o Hospital

Delegado do Polícial Civil: José Vieira de Castro

Impresso por: José Vieira de Castro

Data de Impressão: 05/07/2019 12:10

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES DE
MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

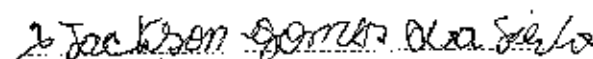
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024222/2019

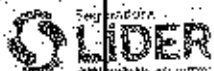
Tarcísio de Vasconcelos Maia em Mossoró; QUE o mesmo foi submetido a procedimentos cirurgicos e ficou sob cuidados médicos por aproximadamente 25 dias; QUE requisita Bô para fins de entrada no seguro DPVAT; QUE a motocicleta que o mesmo pilotava era emprestada de uma amigo de nome JOÃO MARQUES RÉGIS DE MACEDO. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Amós Soares de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 170.187-R
Responsável pelo Atendimento


Jackson Gomes da Silva
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (ela) (outro(a)) responsável pelas informações acima relacionadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que originou, conforme previsto nos artigos 338-Derecho da Oculinária e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do CNH ou RDT: 306.837.304-86 3 - CPF do segurado: Jackson Gomes da Silva 4 - Nome completo do vítima: Jackson Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍVIL RASUSP Nº 15/2022

5 - Nome completo: Jackson Gomes da Silva 6 - CPF: 306.837.304-86 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Jose Aires Dantas 9 - Número: 02 10 - Complemento: Casa 11 - Cidade: Serra do Mel 12 - Estado: RJ 13 - País: 14 - CEP: 59663-000 15 - E-mail: Nao possui 16 - Telefone: (84) 99827-0066

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, sob pena de incorrer em crime de falsidade, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COSELA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUPEANÇA (reserva para o futuro, não pode ser usada para saques) ☐ CONTA CORRENTE (para saques e depósitos)

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (343) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0685 1 CONTA: 39214 2 AGÊNCIA: 0685 1 CONTA: 39214

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

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo de IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por morte, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

P. M. SERRA DO MEL

DOCUMENTO
CONFERE COM O
ORIGINAL

ME-87

26/06/19

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		DATA 25/05/19		HORA 20:55	
NOME Jackson Gomes de Silva		IDADE 24		SEXO m	
DATA DE NASCIMENTO		CARTÃO SUS			
PROFISSÃO Aquedutor		RG			
ENDEREÇO V - PR		Nº			
BAIRRO		CIDADE Serra do Mel		ESTADO RN	
NOME DA MÃE		ASS. SERVIDOR			
ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO					
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:					
QUEIXAS					
ANTECEDENTES ALÉRGICOS					
HAS () DM () ASSINATURA CLASSIFICAÇÃO					
ANAMNESE Enamorado p/ ARTM paciente vítima de queda de motor, com trauma de face, Glasgow 15 e TCE leve. Apresenta lacerações no corpo. Sat O ₂ 98%, PR 144mm.					
EXAME FÍSICO PESO TEMPERATURA Cº FC 84 PA 150x96 MMHG FR 136					
CONDUTA () MEDIÇÃO () OBSERVAÇÃO () LAUDO PARA AIIH					
① Transfere p/ ARTM					
② SFO, 96, 500 ml, EV, 42 gts/min					
③ Repõe dos hemocitos					
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO					
CID					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS					
MÉDICO: Carimbo/assinatura					
SAÍDA DATA/HORA AS () ALTA REFERIDA PARA UBS () OBITU					
() OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA () ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
MAYNE MORAIS Médica CRM/RN 19330					