



Número: **0809472-70.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **06/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (AUTOR)		RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57828 575	20/07/2020 21:50	2736824_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149585/20

Número do Sinistro: 3200192384

Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOU

CPF: 064.508.464-61

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200192384 **Cidade:** Caraubas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE POLEGAR ESQUERDO + FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/DESTRIDAMENTO/LIMPEZA CIRÚRGICA/FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

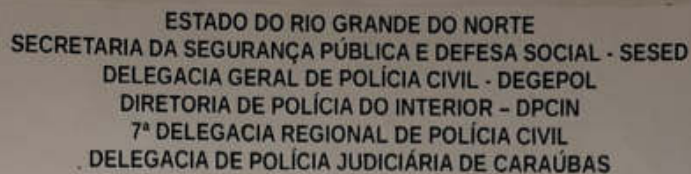
Observações: PÁG. 4/5 _CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00



[illegible]

Relata o (a) comunicante **QUE** no dia e horário supracitados, conduzia o veículo, tipo motocicleta com as seguintes características MOTO HONDA XL 125, , PLACA MYU9820, CHASSI: 9C2MD270XWR001657, ANO/FAB. 1998/1999, COR ROXA; **QUE** estava vindo da cidade de Campo Grande/RN, para a cidade de Caraúbas/RN, quando se deparou com outro veículo, um carro que vinha em direção contrário, e não deu tempo o comunicante frear a motocicleta, vindo assim colidir com o carro; **QUE** pessoas terceiras que visualizaram o acidente ligaram para a emergência, que logo após chegou, levando a vítima Hospital Regional de Caraúbas, onde foi encaminhada para o Hospital Regional Tarcisio Vasconcelos Maia; **QUE** sofreu algumas escoriações pelo corpo, além de quebrar a perna esquerda, o braço esquerdo, dois dedos da mão esquerda e a "bolacha" do joelho, como consta nos boletins médicos em anexo; **QUE** a vítima não possui CNH (Carteira Nacional de Habilitação); **QUE** a vítima não se encontrava alcoolizado; **QUE** procurou esta Delegacia de polícia civil para comunicar os fatos, assim como requerer indenização no seguro do seu automóvel, e nada mais disse nem lhe foi perguntado. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.

Registrado o presente B.O. entregue a 1ª via a (o) comunicante	
Data e hora da comunicação:	Caraúbas/RN, 11.12.2019 às 09horas16min.

JERLANE JOELLE SILVA
Agente de Polícia Civil
Matrícula.: 220.129-1





Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE Ocorrência

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022183

1.2 Data de Expedição: 29/05/2020 21:55:49

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/11/2019 21:37:00

2.2 Logradouro: RN 223

2.3 Número: SN

2.4 CEP: 59.780-000

2.5 Complemento: PISTA

2.6 Ponto de Referência: FANTASY MOTEL

2.7 Bairro: LEANDRO BEZERRA

2.8 Cidade: CARAÚBAS

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: PARDO

3.4 Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA

3.5 Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA

3.6 Data de Nascimento: 08/03/1985

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 002428772 - ITEP RN

3.9 CPF: 06450846461

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 E-Mail: ALEXANDREGADLHA5252@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s): 84 996057965

3.16 Logradouro: SI CAJUEIRO 3 E

3.17 Número: SN

3.18 CEP: 59680000

3.19 Bairro: AREA RURAL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima tava vindo sentindo Campo grande RN á Caraúbas RN, quando passava pelo local do fato, vinha outro veículo tipo carro, que vinha em direção contrária, e não deu tempo da vítima freia ou desviar do veículo, vindo assim a colidir com o carro, a vítima foi socorrida após populares ligarem para Emergência e levado pela uma ambulância pro hospital da cidade de Caraúbas RN, aonde ele recebeu seus primeiros cuidados médicos e em seguida foi transferido para o hospital Regional Tarcísio Maia, na cidade de Mossoró RN.

DADOS DO VEÍCULO QUE A VÍTIMA CONDUZIA.

VEÍCULO MOTO, MODELO HONDA NX 200, PLACA MYU9820, COR ROXA, ANO 1998\1999, CHASSI 9C2MD270XWR001657, PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO JOÃO BATISTA DE ARAÚJO.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Data: 30/05/2020 18:48:39

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

A DP DE CARAÚBAS-RN



Atendimento: 1691368 - WELLIGTON ALVES

Impresso por: WEB em 01/06/2020 07:42:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOSZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
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 ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA CPF: 064.508.464-61	DATA DE VENCIMENTO 29/05/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/05/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 22/05/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 042691369 Série: U	CONTA CONTRATO 000856053954 Nº DO CLIENTE 3000925177 Nº DA INSTALAÇÃO 0000087657
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI CAJUEIRO 3 E CAJUEIRO/AREA RURAL 59680-000 CAMPO GRANDE RN			
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO F431.2974.6A19.0ABD.B9AB.610B.D4FA.41B7			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

Demonstrativo de Consumo desta Nota Fiscal

Número do Medidor	Tipo da Função	Anterior		Atual		Nº Dias	Constante	Ajuste	Consumo kWh
		Data	Leitura	Data	Leitura				
00000000050395146	CAT	23/04/2020	3.940,00	22/05/2020	3.991,00	29	1,00000	0,00	51,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/06/2020

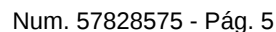
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Meta Mensal	Meta Trim.	Meta Anual
		mar/2020			
DIC-No.de horas sem Energia		17,97	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		13,82	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 16,60			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,98					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	NÍVEIS DE TENSÃO			
Pague no ponto mais perto de você! armarinho dantas: prc. joao do vale, centro / francisco xavier de melo filho: r. joaquim lucio pimenta, alto da esperanza!Leita 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. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus	TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
			MÍNIMO	MÁXIMO
	220		202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000856053954	05/2020	0,00	29/05/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192384

Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005873-4

Conta: 000006384-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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,





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

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200192384

Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01173/01174 - carta_03 - INVALIDEZ

00030587



Carta nº 15817804



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:50:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021504579700000055547518>

Número do documento: 20072021504579700000055547518

Num. 57828575 - Pág. 7

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05873-4

CONTA: 000000006384-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0806202005000000000023705873000000006384472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:50:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021504579700000055547518>

Número do documento: 20072021504579700000055547518



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 09/11/19	Hora: 21:37h	Atendimento nº:	
Nome: Alexandre Gadelm Oliveira de Moura		Idade: 34 Anos		Sexo: M	
Data de Nascimento: 08/03/85	Certão SUS: 7.0.56.0.50.9.5674355	Nº Identidade: 2428.722			
Profissão: Agricultor					
Endereço (Rua/Av/Sítio): Sítio Esqueleto		Nº	Complemento:		
Bairro:	Cidade: São Paulo	Estado: SP	Telefone:		
Nome da Mãe: Maria Auxiliadora de Oliveira		Motivo da Procura: Acidente de Trabalho			
Assinatura do Servidor: [Assinatura]					
ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito					
Acolhimento com Classificação de Risco: Paciente politraumatizado com lesões					
Queixas: Fratura exposta no fêmur E e perna D					
Antecedentes Alérgicos: Não há med. al. com castor					
HAS () DM ()		Assinatura: [Assinatura]		Classificação: [Assinatura]	
ANAMNESE: História de Acidente (motorista) 5/11/2019					
Paciente exposto no fêmur E e tibia e fêmur D					
E. - com fraturas fechadas, direitas					
EXAME FÍSICO: Peso: 70 kg		Temperatura: 36,5°C	F. C.: 110	PA: 140x90	FR: 18
CONDUTA: (X) Medicação () Observação () Laudo para AIT					
Ata de 07/08/19 de 19:30h (Pneumologia) 2x 100mg + 100mg 100 - 2x					
Regulando P/O Hb/Hm					
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:				CID:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: () Laboratório () Radiológico () EGG () Outros:				Médico: (Carimbo/Assinatura)	
Saída: Data/Hora: / / às h. () Alta Referido para US () Óbito					
() Outra Unidade de Urgência () Especialidade () Internação no Hospital					





SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 66023 /2019

Admissão: 09/11/2019 23:26:28

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 52472 - ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (34 a 8 m 1 d)

Nascimento: 08/03/1985

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708608098671385

CPF: 06450846461

Prof:

Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA

Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA

Logradouro: JOSE DANTAS DO AMARAL, 1

CEP: 59780000

Bairro: SEBASTIAO MALTEZ

Cidade: CARAUBAS

Telefone:

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: HOSPITAL DE CARAUBAS

Classificação:

PESO:

09/11/2019 23:23:09

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 / 80		96			80			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. COLISÃO MOTO-CARRO. FRATURA EXPOSTA NO MIE.

Hora: 22:00 Paciente vítima de colisão moto - carro, sem cinto.

Paciente sem perda de consciência, sem decúbitos.

Não vomita.

A Mucosas cor-de-rosa, sem calor cervical

B MV+ em AHT

C Hemodinamicamente estável

D ECG 15

E Escala de Glasgow em MMII esquerda e na região frontal a direita. MMII esquerda imobilizada e com sinais de fratura (optado por resvalação pela ortopedia após radiografia).

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Conduta: alta da cirurgia			
- Solicitar avaliação da ortopedia.			
- Dipiridano - 2ml + 8ml de ABD	EV	08/08 09 10 18	
- Temoxicam 40 mg	EV	08	
- Penicilina G 600.000 UI			
SE NECESSÁRIO.			
- CEFOTAZIDIM 1g, IV, 12/24h		02 14	
- FETUM COMPLETO			
- SF 0,9% 1500ml, IV, 24h		1 2 3	

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

CID 92.2 Proc. 040805050-0

Data: 10/11/19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 09 de Novembro de 2019.

Carimbar)

SS. 3



ONTOP - 00.404

PETE VITUS DE COLISAO MOTEX CARRO, Com
POLITRANSMISSAO.

FF FCC SUTURADO NO POLEGAR (P) DOA + PALPES:
E PPRMS NO ANTEBRAO (P) FCC NA PERNA E TOR
(E).

Rx: FX PROXIMAL DO DIAFISE DA TIBIA (P) +
FX DIAFISE DO MICO + FX FALANGE PROXIMAL DO
POLEGAR (E)

CADUTA: - INTERMEDIADA

- JEXM
- A+B

Dr. Danilo
da Silva
Ferreira
19/07/2020





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Alexandre Gadelha Divairo da Silva Reg Nº 52472

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta da tíbia da Perna (E)

Indicação terapêutica: Limpeza + desbridamento cirúrgico + osteossíntese com fixador externo linear.

INTERVENÇÃO

Início: 08:30 Fim: 10:00 Duração: 01:30 h

Operador: Dr. Leandro Freire

1ª Auxiliar: Dr. Fabiano Dentor

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

- Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Edilson

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 () Pot. Contaminada (☒) Contaminada () Infectada

1) Paciente sob Raqui-anestesia em Decúbito dorsal.

2) Limpeza e antissepsia da L.T.E.

3) Aplicação de campos estéril

4) Abordagem da ferida extensa no joelho e com fratura exposta da tíbia. Partes de Petala observadas dentro da ferida aberta.

5) Realizado LCTDC da fratura exposta da tíbia + Refixação da tíbia e Petala e capulo articular.

6) Realizada a desbridamento da boca da fratura exposta da tíbia (E) + osteossíntese com fixador externo. Sutura de ferimento cirúrgico.

Dr. Leandro M. C. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7450
TEOT 18095

Dr. Leandro M. C. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7450
TEOT 18095



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (8 - 5907/2019)	210532			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
708608098671385	08/03/1985	Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	PARDA	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	DOD		
MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA	998367936	84		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	DOD		
ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA				
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
JOSE DANTAS DO AMARAL, 11 - SEBASTIAO MALTEZ				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
CARAUBAS	240230	RN	59780000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
PETE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, com POLITRAUMATISMO. RX COM FX EXPOSTA DIAFISIA ALTA DA TIBIA + FX FECHADA DO DIFUE DO RADIO @ + FX EXPOSTA DO POLEGAR @.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
HISTORIA CLINICA + RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S82.2		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	408050500		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIR	2	() CNS (X) CPF	013.593.104-52
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
DANILO LOPES DE PAIVA	10/11/2019	Dr. Danilo L. Paiva	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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



SOL

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HUM

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO DAS LUÍCIAS SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 16036

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 /

9 - SEXO: M ☒ F ☐

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MOSSORO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF: RN

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURADA E SEMENTADA DOS OSSOS DO ANTOBOLHO ESQUERDO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: ACIDENTE COM VÍCIOS DIFERENCIAIS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): EXAME CLÍNICO + IMAGEM (RA)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FR. DIFUSA DE OSSO ANTERIOR

24 - CID 10 PRINCIPAL: S524

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 014108101710141213

29 - CLÍNICA:

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

31 - DOCUMENTO:

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/11/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BULHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNIE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA



PREFEITURA DE
CARAÚBAS
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: _____ Município: Caraúbas
Paciente: Alexandre G. Oliveira de Menezes
End.: R. Amâncio G. Costa
Idade: 34 Sexo: ☒ M ☐ F Ocupação: _____
Nome do responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: opi e problema em grupo e referência e
exame.

Resultados dos exames: _____

Tratamento já realizado: _____

Impressão diagnóstica: _____

Profissional: _____ 03.12.17 Dr. Roberto de Alencar Fonseca
Atendente
CRM/RN 13853

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Ortopedia

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia ____/____/____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade referenciada: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultados dos exames realizados: _____

Diagnóstico: _____

Consulta: _____

Observações: _____

Profissional

Data





INSTITUTO DE
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao
paciente

**Para: : ALEXANDRE GADELHA
OLIVEIRA DE MOURA**

Prescrição:

1. CIPROFLOXACINO 500mg _____ 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12horas, por 7 dias.

Mossoró, 18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6329

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Identidade:	Órgão Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone:		Assinatura do Farmacêutico	Data

Av. Dr. João Marcelino, 429A - Centro - Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599
Mossoró/RN CEP 59611-200



Para: *Alexandre Galvão*

PO de osteossíntese de cirurgia ortopédica

SOLICITO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL ORTOPEDICO,
COM **Dr GUILHERME** COM 15 DIAS

12/02/2020

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 5924

PAM
Retomado
Dr. Guilherme
09/03/2020
4.00 HS
[Signature]





INSTITUTO DE
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao
paciente

Para:

Alexandre Gadelha

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg _____ 28 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

2

Mossoró, 12/02/2020

Dr. Pablo Romero da Encosta Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TETO 14391
CRM/RN 5024

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

Av. Dr. João Marcelino, 429A - Centro - Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599
Mossoró/RN CEP 59611-200



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:50:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021504579700000055547518>

Número do documento: 20072021504579700000055547518



INSTITUTO DE
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao
paciente

Para:

Alexandre Gasbilla

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

Mossoró, 12/02/2020

Dr. Paulo Roberto de Escóssia Pinheiro
Otorrinolaringologista
CRM/RN 14861

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

Av. Dr. João Marcelino, 429A - Centro - Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599
Mossoró/RN CEP 59611-200



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:50:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021504579700000055547518>

Número do documento: 20072021504579700000055547518



HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua: Dr. João Marcelino - 429
Mossoró-RN - 59.611-200
Telefone: (84) 3318-9000

Para:

Alexandre Araújo

USO ORAL

1- Novalgina 1g -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6\6 horas, em caso de dor.

2- Toragesic 10 mg -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12\12 horas, por 5 dias

01/02/2020

[Signature]
Dr. Paulo Romero da Escóssia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14351
CRM/RN 6364



**Para: : ALEXANDRE GADELHA
OLIVEIRA DE MOURA**

USO ORAL

1- Novalgina 1g -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6\6 horas, em caso de dor.

2- Toragesic 10 mg -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas, por 5 dias

18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua: Dr. João Marcelino - 429
Massoró-RN - 59.611-200
Telefone: (84) 3318-9000

**Para: : ALEXANDRE GADELHA
OLIVEIRA DE MOURA**

PO de FRATURA TIBIA.

SOLICITO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL ORTOPEDICO.
(DR. EDUARDO OU GUILHERME).

18/03/2020

Dr. Rachaël Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320





INSTITUTO DE
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429ª - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via - Retenção da
Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao
paciente

**Para: : ALEXANDRE GADELHA
OLIVEIRA DE MOURA**

Prescrição:

1. CIPROFLOXACINO 500mg _____ 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12horas, por 7 dias.

Mossoró, 18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Identidade:	Órgão Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			
		Assinatura do Farmacêutico	Data

Av. Dr. João Marcelino, 429A - Centro - Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599
Mossoró/RN CEP 59611-200





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Abraão Gadelha O. Moura

① AME completo

② Na

③ K

④ Un

⑤ Un

⑥ TTPA

⑦ TP

Pro. Geral

Data: 27, 01, 2020

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8.107.700-1

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 064.508.464-61 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

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

5 - Nome completo: Alexandre Gadelha Oliveira de Moura 6 - CPF: 064.508.464-61
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Capueiro 9 - Número: 3 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Campo Grande 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
15 - E-mail: alexandregadelha5252@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 84 99605 4985

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\$1.00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 5873 4 CONTA: 6384 3

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 30 - Vítima deixou nascituro (valorar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campo Grande RN 27/05/2020

X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA MOURA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 064.508.464-61 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

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

5 - Nome completo: Alexandre Gadelha Oliveira de Moura 6 - CPF: 064.508.464-61
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Capuano 9 - Número: 3 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Campo Grande 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59680-000
15 - E-mail: alexandregadelha5252@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 84 99605 4985

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\$1.00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

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

AGÊNCIA: 5873 4 CONTA: 6384 3
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 30 - Vítima deixou nascituro (valorar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campo Grande RN 27/05/2020

X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA MOURA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149585/20

Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOU

CPF: 064.508.464-61

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA : 064.508.464-61

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.

