
Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087980

Vítima: FRANCISCO PEDRO COSTA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLAZIANA GUIMARAES COSTA FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO PEDRO COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087980

Vítima: FRANCISCO PEDRO COSTA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLAZIANA GUIMARAES COSTA FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO PEDRO COSTA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO PEDRO COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000161164-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Fórmula (s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sistema ASL:

3 - CPF da vítima:

282.354.504-78

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Pedro Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 446/2.822

5 - Nome completo:

Francisco Pedro Costa

6 - CPF:

282.354.504-78

7 - Profissão:

Torista

8 - Endereço:

Rua Manoel Salviano

9 - Número:

585

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Gov. Dix Sept. Roza

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

59.790-000

15 - E-mail:

Nico.Pezzi

16 - Tel. (DDD):

(81) 99821-0066

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, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00☐ R\$2.500,00 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 POUPOANÇA (somente para as contas abaixo, assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

163364

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização correspondente ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetuação do crédito, quitação total do valor indenido.

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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o cancelamento do pedido de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sobre a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, a custos da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito ocorrido em 05/05/2012.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Dado do óbito da vítima:

25 - Grande Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovante(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(a), informare nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou:

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar a prova da ocorrência, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a bloqueio de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir):

38 - 3ª e 4ª - Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 5ª e 6ª - Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

Mortos em 02/02/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063511/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 10:12 Data/Hora Fim: 28/11/2019 10:58
Origem: Polícia Judiciária Data: 28/11/2019
Delegado de Polícia: Liana Carneiro Aragão

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Governador Dix-Sept Rosado

Data/Hora do Fato: 21/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Governador Dix-Sept Rosado (RN)
Logradouro: Estrada Carroçável

Bairro: Zona rural
Nº: s/n

Ponto de Referência: Próximo à Caixa d'água
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GRAZIANA GUIMARÃES COSTA FREITAS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Nasc: 02/08/1987
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Marisa Mima Guimarães Costa Nome do Pai: Francisco Pedro Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 081.206.724-02
RG - Carteira de Identidade: 002776621

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Rua Manoel Salviano Nº: 585
Bairro: Centro

Nome Civil: FRANCISCO PEDRO COSTA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix- Sexo: Masculino Nasc: 17/12/1959
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Lizete Alzira de Sousa Nome do Pai: Pedro da Alameda Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 282.354.104-78
RG - Carteira de Identidade: 712396

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Rua Manoel Salviano Nº: 585



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063511/2019

Bairro: Centro

Telefone: (84) 99803-5857 (Recado)

Nome Civil: MARIA LÚCIA DO VALE ALMEIDA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Governador Dix- Sexo: Feminino

Nasc: 06/03/1961

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Gercina de Freitas Vale

Nome do Pai: Moisés Evaristo do Vale

Documentos

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 566.586.304-10

RG - Carteira de Identidade: 671193

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN

Bairro: Centro

Telefone: (84) 99667-0030 (Celular)

Nome Civil: GLAUBER GUIMARÃES COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 02/12/1981

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Marisa Mima Guimarães Costa

Nome do Pai: Francisco Pedro Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 052.155.324-51

RG - Carteira de Identidade: 002147676

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN

Logradouro: Rua José Lopes Nunes

Bairro: Centro

Telefone: (84) 99612-6733 (Celular)

Nº: 139

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 081.206.724-02

Placa QJV9221

Renavam 00509820239

Número do Motor HC14E2D025784

Número do Chassi 9C2HC1420DR025784

Ano/Modelo Fabricação 2013/2013

Cor PRETA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 03/04/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

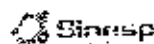
Envolvimentos

Francisco Pedro Costa

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que, na referida data e local, seu pai, Francisco Pedro Costa, conduzia o veículo supracitado quando, para se



Delegado de Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão
Impresso por: Jansino Janelly Bezerra
Data de Impressão: 28/11/2019 10:58
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR
DIX-SEPT ROSADO - RN

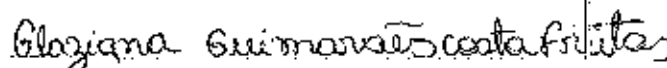
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063511/2019

desviar de um automóvel, perdeu o controle da motocicleta e acabou caindo; QUE, Francisco sofreu lesão no joelho esquerdo e está esperando vaga para fazer cirurgia; QUE, desde o acidente que Francisco está acamado, motivo pelo qual ficou impossibilitado de comparecer a esta Delegacia para realização do Boletim de Ocorrência; QUE, no dia do acidente, Francisco foi socorrido por Maria Lúcia, uma das testemunhas, e seu esposo, Luiz Gonzaga de Almeida; QUE, o casal ficou no local até a ambulância chegar, depois o acompanhou até o Hospital de Governador Dix-sept Rosado, onde Francisco realizou os primeiros procedimentos médicos e, no mesmo dia, foi encaminhado para o Hospital Tarcísio Maia, desta vez, acompanhado da filha, Glaziana; QUE, deseja solicitar o seguro em virtude do acidente de trânsito em favor de Francisco Pedro Costa. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Jansina Janielly Bezerra
Agente de Polícia
Matrícula 2159850
Responsável pelo Atendimento


Glaziana Guimarães Costa Freitas
(Contribuinte)

*Declara (para os fins de direito que couber) (seja) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 250-Denúnciação Calunias e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contumélia do Código Penal Brasileiro.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 1445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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 anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RENDIMENTO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$1.500,00 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, IL. TOR)☒ CONTA POUPIANÇA (somente para as contas abaixo. Assinale uma opção)☐ CONTA CORRENTE (somente para as contas abaixo)☐ Banco do Brasil (001)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (304)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

363464

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito do código)

(informar o dígito do código)

(informar o dígito do código)

(informar o dígito do código)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização a receber do Seguro DPVAT, a qual eu li e entendi, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da apuração do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter a análise médica pericial, caso necessário, em nome da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente, bem como a consequente indenização, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou consente em direito de contestar a avaliação médica, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Grá) ☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data da morte 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 herdeiros (pela sucessão)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários de quem eu apresentarei e provar a condição, estando inteira, ainda, de que qualquer anulação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a pedido)

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

37 - Assinatura da quem assina a pedido (a pedido)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

Mortos em 02/02/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS.001 V002/2009

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

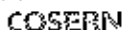
CLIENTE: FRANCISCO PEDRO COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000161164-7

Nr. da Autenticação C669F260E32DD1D2



6400° NS CLIENT

FRANCISCO FERRER (San. VA)

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

© 1999 by the American Psychological Association 0893-3200/99/\$12.00 DOI: 10.1037/0893-3200.13.4.585

CPF: 324.123 061-04

U-4897429.000

01 RESIDENTIAL
RESIDENTIAL

CENTRO AREA LEBONA
GOVERNADOR DIA SET ROSSALDI
54750-000

PI 1346130	UNCA	18/07/2019
PI 1346130	UNCA	18/07/2019

CONTAGION/AVG
 7002367879 07/2019
 DATA UP VERSION 0.0.0.0
 25/07/2019 19/08/2019
 (www.kronos.ch)
 302.86

RESEARCH AND DEVELOPMENT

[illegible]

CONCENTRATION	MOISTURE (%)	WATER (mm)
25% (0.000000)	0.75872143	267.50
		2.90
		18.18
		2.60
		5.56
		5.01
		1.20
		1.47
		1.88
		0.00

TOTAL DEFALURE

392.88

DEMONSTRATIVO DE CONTAS DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO LISBOEN 20-000000	TPO DE PUNTO 03	ANTERIOR		PARAL		CONTABILIT	JUSTIF	COMPROBADO	
		DATA 1-06-2010	LEITURA 12.11.200	DATA 06/06/2010	LEITURA 15.11.2010				
						1.000,00		250,00	

PERCENTAGE OF SUBSIDIES	WORLD BANK	IGNS	PIS	COFINIS
0.0-10	254			
10-20	325			
20-30	184			
30-40	166			
40-50	132			
50-60	61			
60-70	52			
70-80	82			
80-90	32			
90-100	14			
95-100	61			
100-110	30			
110-120	23			

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	12.91

SALES IN MILLIONS	%	SALES IN MILLIONS	SALES IN MILLIONS
100-150	23.00	150-200	
150-200	1.11	200-250	
200-250	6.69	250-300	

IMPORTAÇÕES DE IMPORTANTE

Importações de produtos de origem animal e vegetal, de metais e minerais, de produtos químicos e de outros produtos de importância econômica para o Brasil.

1. The following information is being provided to you for your information only. It is not intended to be used for any other purpose. It is not to be used for any other purpose. It is not to be used for any other purpose.

[illegible]

CPF: 374.126.964-04

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

PERÍODO DE FATURAMENTO: 07/2019
 DATA DE EMISSÃO: 19/08/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 30/09/2019

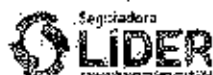
CENTRO-ÁREA URBANA
 GOVERNADOR DIX SEIX ROSALVO IM
 50100-000

700236/079 07/2019
 25/07/2019 19/08/2019
 TOTAL A PAGAR: 302,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo (V01100)	254,000,000	0,756 8143	201,80
Acrescimo Renda Mensal			0,00
Contribuição Pública Mensal			18,18
Multa por atraso - NF 024935015 - 18/08/19			2,50
Multa por atraso - NF 025016009 - 18/08/19			5,80
Juros por atraso - NF 024935015 - 18/08/19			1,91
Juros por atraso - NF 025016009 - 18/08/19			1,70
Aluguel por atraso - NF 024935015 - 18/08/19			1,47
Aluguel por atraso - NF 025016009 - 18/08/19			1,76
Bônus ITR - Lei 10.438/2003			-0,87
TOTAL DA FATURA			302,88

RF DO CONTRATO	TIPO DA FATURA	ANEXOS	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR DA FATURA	VALOR DO PAGAMENTO	VALOR DO RESTO
30100007	1		19/08/2019	30/09/2019	12/07/2019	302,88	0,00	302,88

PERÍODO DE FATURAMENTO	CONSUMO (KWH)	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	VALOR (R\$)
07/2019	254,00	0,756 8143	201,80
08/2019	254,00	0,756 8143	201,80
09/2019	254,00	0,756 8143	201,80
10/2019	254,00	0,756 8143	201,80
11/2019	254,00	0,756 8143	201,80
12/2019	254,00	0,756 8143	201,80
01/2020	254,00	0,756 8143	201,80
02/2020	254,00	0,756 8143	201,80
03/2020	254,00	0,756 8143	201,80
04/2020	254,00	0,756 8143	201,80
05/2020	254,00	0,756 8143	201,80
06/2020	254,00	0,756 8143	201,80
07/2020	254,00	0,756 8143	201,80
08/2020	254,00	0,756 8143	201,80
09/2020	254,00	0,756 8143	201,80
10/2020	254,00	0,756 8143	201,80
11/2020	254,00	0,756 8143	201,80
12/2020	254,00	0,756 8143	201,80
01/2021	254,00	0,756 8143	201,80
02/2021	254,00	0,756 8143	201,80
03/2021	254,00	0,756 8143	201,80
04/2021	254,00	0,756 8143	201,80
05/2021	254,00	0,756 8143	201,80
06/2021	254,00	0,756 8143	201,80
07/2021	254,00	0,756 8143	201,80
08/2021	254,00	0,756 8143	201,80
09/2021	254,00	0,756 8143	201,80
10/2021	254,00	0,756 8143	201,80
11/2021	254,00	0,756 8143	201,80
12/2021	254,00	0,756 8143	201,80
01/2022	254,00	0,756 8143	201,80
02/2022	254,00	0,756 8143	201,80
03/2022	254,00	0,756 8143	201,80
04/2022	254,00	0,756 8143	201,80
05/2022	254,00	0,756 8143	201,80
06/2022	254,00	0,756 8143	201,80
07/2022	254,00	0,756 8143	201,80
08/2022	254,00	0,756 8143	201,80
09/2022	254,00	0,756 8143	201,80
10/2022	254,00	0,756 8143	201,80
11/2022	254,00	0,756 8143	201,80
12/2022	254,00	0,756 8143	201,80
01/2023	254,00	0,756 8143	201,80
02/2023	254,00	0,756 8143	201,80
03/2023	254,00	0,756 8143	201,80
04/2023	254,00	0,756 8143	201,80
05/2023	254,00	0,756 8143	201,80
06/2023	254,00	0,756 8143	201,80
07/2023	254,00	0,756 8143	201,80
08/2023	254,00	0,756 8143	201,80
09/2023	254,00	0,756 8143	201,80
10/2023	254,00	0,756 8143	201,80
11/2023	254,00	0,756 8143	201,80
12/2023	254,00	0,756 8143	201,80
01/2024	254,00	0,756 8143	201,80
02/2024	254,00	0,756 8143	201,80
03/2024	254,00	0,756 8143	201,80
04/2024	254,00	0,756 8143	201,80
05/2024	254,00	0,756 8143	201,80
06/2024	254,00	0,756 8143	201,80
07/2024	254,00	0,756 8143	201,80
08/2024	254,00	0,756 8143	201,80
09/2024	254,00	0,756 8143	201,80
10/2024	254,00	0,756 8143	201,80
11/2024	254,00	0,756 8143	201,80
12/2024	254,00	0,756 8143	201,80
01/2025	254,00	0,756 8143	201,80
02/2025	254,00	0,756 8143	201,80
03/2025	254,00	0,756 8143	201,80
04/2025	254,00	0,756 8143	201,80
05/2025	254,00	0,756 8143	201,80
06/2025	254,00	0,756 8143	201,80
07/2025	254,00	0,756 8143	201,80
08/2025	254,00	0,756 8143	201,80
09/2025	254,00	0,756 8143	201,80
10/2025	254,00	0,756 8143	201,80
11/2025	254,00	0,756 8143	201,80
12/2025	254,00	0,756 8143	201,80
01/2026	254,00	0,756 8143	201,80
02/2026	254,00	0,756 8143	201,80
03/2026	254,00	0,756 8143	201,80
04/2026	254,00	0,756 8143	201,80
05/2026	254,00	0,756 8143	201,80
06/2026	254,00	0,756 8143	201,80
07/2026	254,00	0,756 8143	201,80
08/2026	254,00	0,756 8143	201,80
09/2026	254,00	0,756 8143	201,80
10/2026	254,00	0,756 8143	201,80
11/2026	254,00	0,756 8143	201,80
12/2026	254,00	0,756 8143	201,80
01/2027	254,00	0,756 8143	201,80
02/2027	254,00	0,756 8143	201,80
03/2027	254,00	0,756 8143	201,80
04/2027	254,00	0,756 8143	201,80
05/2027	254,00	0,756 8143	201,80
06/2027	254,00	0,756 8143	201,80
07/2027	254,00	0,756 8143	201,80
08/2027	254,00	0,756 8143	201,80
09/2027	254,00	0,756 8143	201,80
10/2027	254,00	0,756 8143	201,80
11/2027	254,00	0,756 8143	201,80
12/2027	254,00	0,756 8143	201,80
01/2028	254,00	0,756 8143	201,80
02/2028	254,00	0,756 8143	201,80
03/2028	254,00	0,756 8143	201,80
04/2028	254,00	0,756 8143	201,80
05/2028	254,00	0,756 8143	201,80
06/2028	254,00	0,756 8143	201,80
07/2028	254,00	0,756 8143	201,80
08/2028	254,00	0,756 8143	201,80
09/2028	254,00	0,756 8143	201,80
10/2028	254,00	0,756 8143	201,80
11/2028	254,00	0,756 8143	201,80
12/2028	254,00	0,756 8143	201,80
01/2029	254,00	0,756 8143	201,80
02/2029	254,00	0,756 8143	201,80
03/2029	254,00	0,756 8143	201,80
04/2029	254,00	0,756 8143	201,80
05/2029	254,00	0,756 8143	201,80
06/2029	254,00	0,756 8143	201,80
07/2029	254,00	0,756 8143	201,80
08/2029	254,00	0,756 8143	201,80
09/2029	254,00	0,756 8143	201,80
10/2029	254,00	0,756 8143	201,80
11/2029	254,00	0,756 8143	201,80
12/2029	254,00	0,756 8143	201,80
01/2030	254,00	0,756 8143	201,80
02/2030	254,00	0,756 8143	201,80
03/2030	254,00	0,756 8143	201,80
04/2030	254,00	0,756 8143	201,80
05/2030	254,00	0,756 8143	201,80
06/2030	254,00	0,756 8143	201,80
07/2030	254,00	0,756 8143	201,80
08/2030	254,00	0,756 8143	201,80
09/2030	254,00	0,756 8143	201,80
10/2030	254,00	0,756 8143	201,80
11/2030	254,00	0,756 8143	201,80
12/2030	254,00	0,756 8143	201,80
01/2031	254,00	0,756 8143	201,80
02/2031	254,00	0,756 8143	201,80
03/2031	254,00	0,756 8143	201,80
04/2031	254,00	0,756 8143	201,80
05/2031	254,00	0,756 8143	201,80
06/2031	254,00	0,756 8143	201,80
07/2031	254,00	0,756 8143	201,80
08/2031	254,00	0,756 8143	201,80
09/2031	254,00	0,756 8143	201,80
10/2031	254,00	0,756 8143	201,80
11/2031	254,00	0,756 8143	201,80
12/2031	254,00	0,756 8143	201,80
01/2032	254,00	0,756 8143	201,80
02/2032	254,00	0,756 8143	201,80
03/2032	254,00	0,756 8143	201,80
04/2032	254,00	0,756 8143	201,80
05/2032	254,00	0,756 8143	201,80
06/2032	254,00	0,756 8143	201,80
07/2032	254,00	0,756 8143	201,80
08/2032	254,00	0,756 8143	201,80
09/2032	254,00	0,756 8143	201,80
10/2032	254,00	0,756 8143	201,80
11/2032	254,00	0,756 8143	201,80
12/2032	254,00	0,756 8143	201,80
01/2033	254,00	0,756 8143	201,80
02/2033	254,00	0,756 8143	201,80
03/2033	254,00	0,756 8143	201,80
04/2033	254,00	0,756 8143	201,80
05/2033	254,00	0,756 8143	201,80
06/2033	254,00	0,756 8143	201,80
07/2033	254,00	0,756 8143	201,80
08/2033	254,00	0,756 8143	201,80
09/2033	254,00	0,756 8143	201,80
10/2033	254,00	0,756 8143	201,80
11/2033	254,00	0,756 8143	201,80
12/2033	254,00	0,756 8143	201,80
01/2034	254,00	0,756 8143	201,80
02/2034	254,00	0,756 8143	201,80
03/2034	254,00	0,756 8143	201,80
04/2034	254,00	0,756 8143	201,80
05/2034	254,00	0,756 8143	201,80
06/2034	254,00	0,756 8143	201,80
07/2034	254,00	0,756 8143	201,80
08/2034	254,00	0,756 8143	201,80
09/2034	254,00	0,756 8143	201,80
10/2034	254,00	0,756 8143	201,80
11/2034	254,00	0,756 8143	201,80
12/2034	254,00	0,756 8143	201,80
01/2035	254,00	0,756 8143	201,80
02/2035	254,00	0,756 8143	201,80
03/2035	254,00	0,756 8143	201,80
04/2035	254,00	0,756 8143	201,80
05/2035	254,00	0,756 8143	201,80
06/2035	254,00	0,756 8143	201,80
07/2035	254,00	0,756 8143	201,80
08/2035	254,00	0,756 8143	201,80
09/2035	254,00	0,756 8143	201,80
10/2035	254,00	0,756 8143	201,80
11/2035	254,00	0,756 8143	2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguranhalider.com.br ou ligue em nosso atendimento através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1535 / Outras regiões: 0800 022 13 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 13 05 | Central Covid-19: 0800 021 91 33

Eu, Glaziana Guimarães Costa Freitas
RG nº 002.776.623, data de expedição 07/02/06
Órgão Step W, CPF nº 083.206.724-02

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Salviano</u>
Número	<u>585</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Gov. Dix Sept Rosado</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>59.790 000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Monopólio 02/02/2009

x Glaziana Guimarães Costa Freitas

Assinatura do Declarante



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

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

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

Cajalá e regiões metropolitanas: 0800-1506 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-91-89 | SAC (para defeitos, audívis e de falas): 0800-022-17-06 | Central Ombuds: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DCCORIGINI/ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

2 SUPLENTE DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 3 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu	Glagiana Guimaraes Costa Freitas		
Inscrito (a) no CPF/CNPJ	083 206 724 / 02	na qualidade de	Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário:
	Francisco Pedro Costa	Inscrito (a) no CPF sob o Nº	282 354 304 / 78
do sinistro de DPVAT cobertura	Invalides	da vítima	Francisco Pedro Costa
Inscrito (a) no CPF sob o Nº	282 354 304 / 78	conforme determinação da Circular Susep 445/12:	
Declaro Profissão:	Revisor	Renda:	Revisor e apresenta os documentos comprobatórios
☒ Recuso informar			

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

Endereço:	Rua Manoel Salviano	Número:	585	Complemento:	Casa
Bairro:	Centro	Cidade:	Gov. Dir. Sgt. Rosado	Estado:	PR
E-mail:	Não Possui	CEP:	59740-000	Tel (DDD):	(84) 99827-0066

Local e Data:

Manoel - PR 02/12/19

x Glagiana Guimaraes Costa Freitas

Assinatura do Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

Colocar o Número
da Ficha

32

DATA DE ATENDIMENTO: 21/11/19
HORA: 15:48

RECEPÇÃO

NOME: Elonevesa Pedro Costa
CARTÃO DO SUS: 70462168773109
ENDEREÇO: Monel Salviano
NOME DA MÃE: Luizete Aguiar de Souza

SEXO: M IDADE: 60
DATA DE NASCIMENTO: 17/11/1939

VISTO RECEPÇÃO:

QUEIXA CLÍNICA

ACOLHIMENTO

ESTRATIFICAÇÃO
RISCO CLÍNICO

P.A. (MMHG): 180 x 100
F.C. (BPM):
FR (HRPM):
SAT (%O2):
HGT (mg/dl):
TEMPERATURA (°C):
PESO (kg):

HIPERTENSÃO
DIABETES
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
QUAIS:
INTERNAÇÃO ANTERIOR
MOTIVO E LOCAL:

SIM NÃO
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☐
☐ ☐

VERMELHO ☐
LARANJA ☐
AMARELO ☐
VERDE ☐
AZUL ☐

Assinatura do profissional

CONSULTA MÉDICA

HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente comparece com queixa de dor
na mão esquerda de modo
intermitente

EXAME FÍSICO:

limpidez

sem sinais de
infecção

EXAMES SOLICITADOS

☐ HEMOGRAMA ☐ SUMÁRIO DE URINA ☐ ECG ☐ RADIOGRAFIA:
☐ OUTROS:

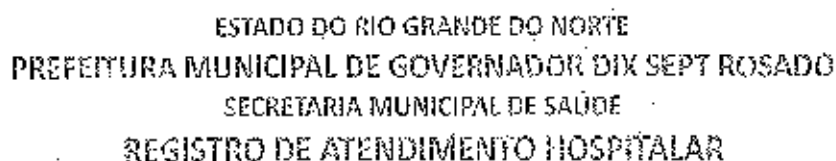
ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES / HORÁRIOS

☐ MEDICAÇÃO - OBSERVAÇÃO
☐ ENCAMINHAMENTO ESPECIALIDADE
☐ SAIR À REVELIA
☐ RETORNAR ALÉ 24H PARA REAVALIAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO; DESTINO
☐ TRANSFERIDO; HORA DA 1ª REGULAÇÃO

HORA DE SAÍDA (DESTINO):

Zorilda Maria F. de Almeida
Coordenadora PS
CPF: 465.158.794-15

Assinatura e carimbo do médico



PREScrição Médica - Evolução Médica	CHECAGEM DE MEDICAÇÕES E EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM
E Dapsona 500mg - 2x/d Dehidroclorotiazida 25mg - 2x/d SBO, 371 - 800 ml KPO - evacuando ao antepasto	<i>[Handwritten signatures and stamps]</i> Dante Sarmento Enfermagem Especialista em Ch. 2343 Dante Sarmento Médico Internista R-679
EM CASOS DE RECUSA DE TRATAMENTO, MEDICAÇÕES, TRANSFERÊNCIA Estou ciente de minha decisão em não aceitar o tratamento completo conforme prescrito, assumindo os riscos inerentes ao contrariar as orientações e riscos alertados pela equipe hospitalar	
Assinatura do paciente ou responsável _____ OBSERVAÇÕES FINAIS DA EQUIPE (ACEITARAM ORIENTAÇÕES ACIMA?) ☐ Sim ☐ Não, Especificar: _____	
Assinatura do profissional:	Assinatura do profissional:



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

Colocar o Número
da Ficha

39

DATA DE ATENDIMENTO: 21/11/19
HORA: 11:40

RECEPÇÃO
NOME: Francisco Pedro Costa
CARTÃO DO SUS: 70960168773129
ENDEREÇO: Menel Solano
NOME DA MÃE: Luzia Jizira de Sousa
SEXO: M
IDADE: 60
DATA DE NASCIMENTO: 13/11/1959
VISTO RECEPÇÃO:

QUEIXA CLÍNICA		ACOLHIMENTO		ESTRATIFICAÇÃO RISCO CLÍNICO	
PA (mmHg): 180 x 100	HIPERTENSÃO	☐ SIM	☒ NÃO	VERMELHO	☐
FC (BPM):	DIABETES	☐ SIM	☒ NÃO	LARANJA	☐
FR (IRPM):	ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	☐ SIM	☒ NÃO	AMARELO	☐
SAT (SpO2):	QUAIS:			VERDE	☐
UGT (mg/dl):	INTERNAÇÃO ANTERIOR	☐ ☐		AZUL	☐
TEMPERATURA (°C):	MOTIVO E LOCAL:				
PESO (kg):					
Assinatura do profissional					

HISTÓRIA CLÍNICA: CONSULTA MÉDICA
frntal cefaleia com queixa de dor
na nuca após esforço físico
dura e dura

EXAME FÍSICO: Su 14 anos
sem de ap. r.
ME frntal en
regio de olhos

EXAMES SOLICITADOS
☐ HEMOGRAMA ☐ SUMÁRIO DE URINA ☐ ECG ☐ RADIOGRAFIA
☐ OUTROS:
ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES / HORÁRIOS
☐ MEDICAÇÃO + OBSERVAÇÃO
☐ ENCAMINHAMENTO ESPECIALIDADE
☐ SAIR À REVELIA
☐ RETORNAR ATÉ 24H PARA REAVALIAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO; DESTINO
☐ TRANSFERIDO; HORA DA 1ª REGULAÇÃO
HORA DE SAÍDA (DESTINO):
Assinatura e carimbo do médico

GOVERNADOR
SEPT ROSADO

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO
Eutanásia

Eutanásia o paciente Francisco
Petro Costa, 60 anos, vítima de
queda de moto, com fratura de
costela e dor em joelho e
pepa perda de consciência ou
nônto. Paciente vigil, orientado,
sem sinais de trauma torácico,
abdômen em físico.

AD = fratura em joelho e ?

Condutor = Imobilizado + Eutanásia
reto no ORTOPEDISTA

21/11/19

Denis Sarmiento
Médico
CRM/RN 8350

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 26/11/2019

SAME / ARQUIVO

Ortopedia 21/11/19 15:02

Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 8 horas.

Dor em Joelho (E) é notável, principalmente à extensão.

À exame: Nesse dor é palpável em Joelho (E), internador é mobilizável.

Apresenta mobilização e neurovascular preservados. Não há sinais de lesão associada. Sem sintomas compartmental.

Rx demonstrando fratura de platô tibial e nível de condilo lateral do fêmur (E).

CD: - Têxte insano médico em M.E.

- Duração sangria - Ocul 781 400 (Vulva)

- Foco de dor por ser colado em sésse devido à necessidade de controle cirúrgico de fratura.

- Foco de dor por ser colado e imobilizado.

- Alta de ortopedia.


Valente G. Gomes
Médico Ortopedista
CRM 15.123/19

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VILA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 26/11/2019

SAME / ARQUIVO

VITIMA

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO
PRIMEIRA DIVISÃO DE INVESTIGAÇÃO

Nome: FRANCISCO PEDRO COSTA

CPF: 712396 882 RJ

CPF: 282.354.104-78 DATA DE NASCIMENTO: 17/12/1959

ESTADO: PEDRO DE ALMEIDA COSTA
LIZETE ALZIRA DE SOUSA

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ SA: ☒ ID: ☒

IP REGISTRO: 00992285602 VALIDADE: 25/09/2021 1ª EXAMINAÇÃO: 25/07/1988

DESCRIÇÃO: A

Francisco Pedro Costa

FORMULÁRIO PATACUM

LOCAL: MOSSORO, RN DATA EMISSÃO: 26/09/2016

61944181530
RN702470040

PRIMEIRO PLASTIFICADO

1290333826

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

QUEDA DIREITA

ASSINATURA DO TITULAR

FRANCISCO PEDRO COSTA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 712.396

DATA DE EMISSÃO 15/08/2017

FRANCISCO PEDRO COSTA

RELACIONADO

PEDRO DE ALMEIDA COSTA
LIZETE ALZIRA DE SOUSA

NATURA DO CASAMENTO

DATA DE CASAMENTO 17/12/1959

END. ORIGIN

CERT. DE CASAMENTO L-8-86 F-596 RS-240

END. ORIGIN

282.354.104-70

ASSINATURA DO DIRETOR

2a. VIA

LEI Nº 7.116-DS 29/08/83

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

FRANCISCO PEDRO COSTA

Data Nasc.: 17/12/1959 Sexo: M

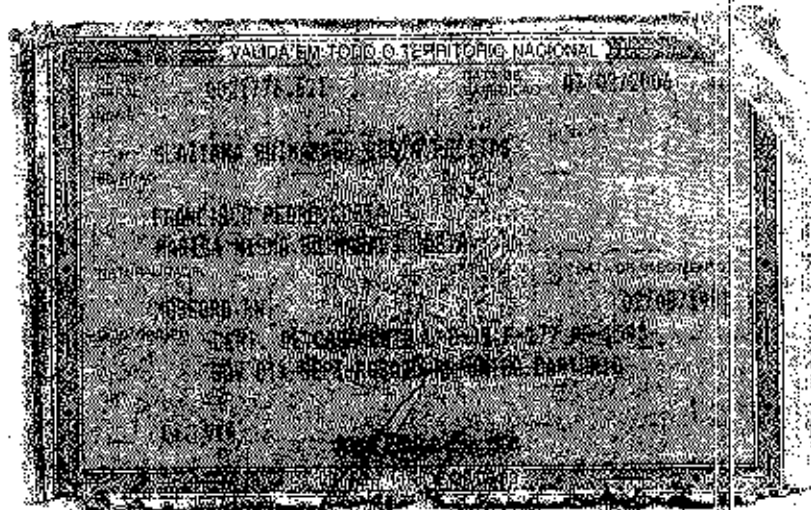
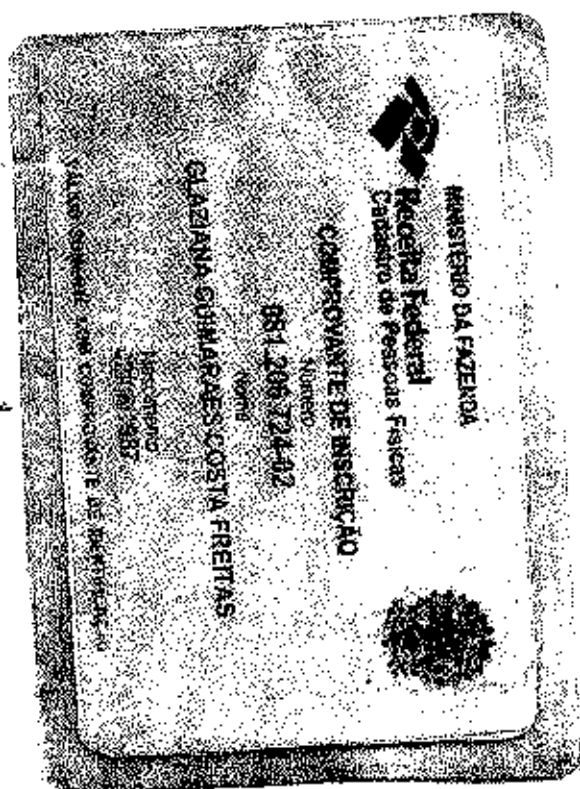
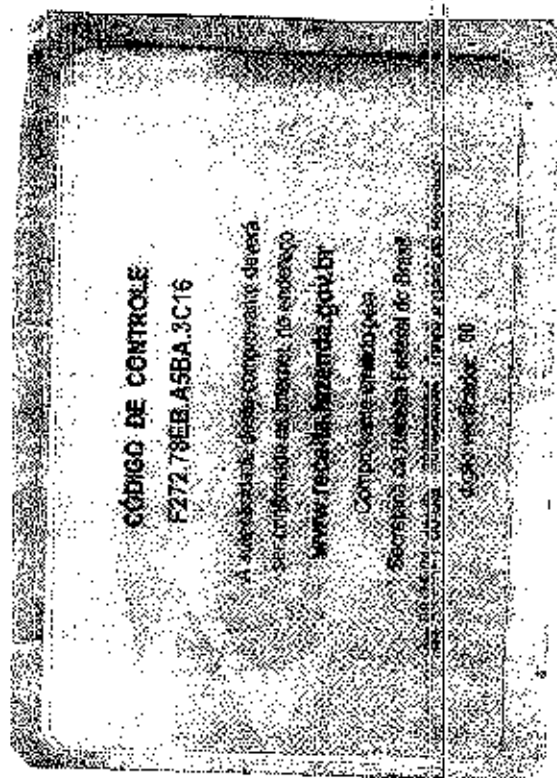
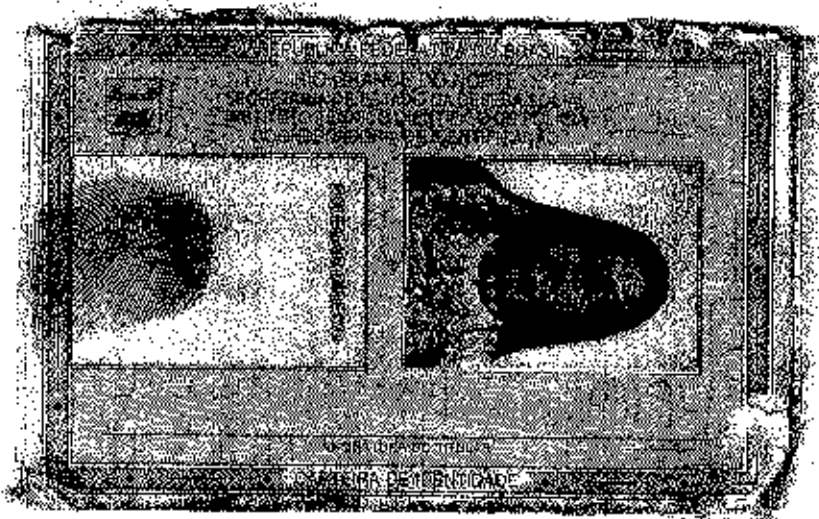
704 6016 8777 5429

Barra de código de barras

Ministério da Saúde

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087980 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEDRO COSTA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087980 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEDRO COSTA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.6)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>Francisco Pedro Costa</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO: <u>Turista</u>	
IDENTIDADE: <u>712.396</u>	CPF: <u>282.354.104-78</u>
RESIDENTE E DOMICILIO (A) A RUA: <u>Rua: Manoel Salviato 585</u>	
CIDADE: <u>Governador Dixe Sept Rosado</u>	ESTADO: <u>Rio Grande do Norte</u>
CEP: <u>59790-000</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Glaziana Guimarães Costa Freitas</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO: <u>Do lar</u>	
IDENTIDADE: <u>002.776.621</u>	CPF: <u>081.206.724-02</u>
RESIDENTE E DOMICILIO (A) A RUA: <u>Rua Manoel Salviato Nº 585</u>	
CIDADE: <u>Governador Dixe Sept Rosado</u>	ESTADO: <u>Rio Grande do Norte</u>
CEP: <u>59790-000</u>	

NOME DA VÍTIMA: Francisco Pedro Costa
 DATA DO ACIDENTE: 21 Novembro 2019 COBERTURA: Invalidez

Gov. Dixe Sept Rosado, 28/11/2019
 LOCAL E DATA



Francisco Pedro Costa
 ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Nome do
 O Reconnhecedor: FRANCISCO PEDRO COSTA, 282.354.104-78.
 Gerada em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>
 Selo Digital: RN201900943830004428FV1.
 Governador Dixe Sept Rosado, 28 de novembro de 2019 15:14
 Rosana Silva de Oliveira - Escrevente Autorizada
 CP: Rosana
 Email: 2.83 ISSN: 0,14

Rosana Silva de Oliveira
 Escrevente Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070700/20

Vítima: FRANCISCO PEDRO COSTA

CPF: 282.354.104-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: FRANCISCO PEDRO COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLAZIANA GUIMARAES COSTA FREITAS : 081.206.724-02

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

FRANCISCO PEDRO COSTA : 282.354.104-78

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: 21/02/2020
Nome: GLAZIANA GUIMARAES COSTA FREITAS
CPF: 081.206.724-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GLAZIANA GUIMARAES COSTA FREITAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA