



Número: **0810381-15.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **21/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO PEDRO COSTA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58681563	14/08/2020 11:18	2742949_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação



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, 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,

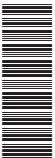
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15559245

Pag. 00677/00678 - carta_01 - INVALIDEZ

00030339





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, 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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 11:18:22

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081411182177700000056337346>

Número do documento: 20081411182177700000056337346



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Fórmula (s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema ASI: 282354304-78 3 - CPF da vítima: 282354304-78 4 - Nome completo da vítima: Francisco Pedro Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSE Nº 46/2012

5 - Nome completo: Francisco Pedro Costa 6 - CPF: 282354304-78
7 - Profissão: Torista 8 - Endereço: Rua Manoel Salviano 9 - Número: 585 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado 13 - UF: PE 14 - CEP: 59790-000
15 - E-mail: Neco Pazzi 16 - Tel. (DDD): (81) 99821-0060

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:
☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$3.000,00
☐ R\$3.000,00 A R\$4.000,00 ☐ R\$4.000,00 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 POUQUANÇA (somente para as opções abaixo, assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 463364 7

(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 decorrente do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reserva, a elevação da minha quitação total da dívida indenitária.

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

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

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

Declaro e comprometo-me a apresentar o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presteada pela Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido em 04/08/2020, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou assunção ao ônus 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Se a vítima deixou com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou com o companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou com o companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou marido ou esposa? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais ou avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação do ressarcimento do valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir): _____
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir): _____
36 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir): _____

37 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
38 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Pedro Costa
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Pratorador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

EPS-001 V002/2019







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

Ato: 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	Meio(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 de Almeida 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



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

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DO 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 Misma Guimarães Costa Nome do Pai: Francisco Pedro Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 052.155.324-51
RG - Carteira de Identidade: 002147576

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Rua José Lopes Nunes Nº: 139
Bairro: Centro
Telefone: (84) 99612-6733 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 081.206.724-02	Placa QUV9221
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

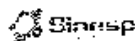
Francisco Pedro Costa

Envolvimentos

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 Camargo Aragão
Impresso por: Janaina Janielli Bozuka
Data de Impressão: 28/11/2019 10:58
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 11:18:22

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081411182177700000056337346>

Número do documento: 20081411182177700000056337346

Num. 58681563 - Pág. 6



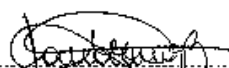
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR
DIX-SEPT ROSADO - RN

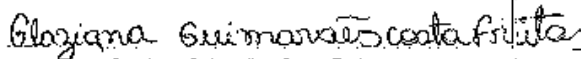
BOLETIM DE Ocorrência

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
(Comunicante)

"Declaro que sou o(s) titular(is) responsável(is) pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de
orgem, conforme previsto nos Artigos 239-Denúnciação Calunias e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

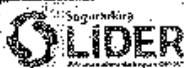


Delegado de Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão
Impresso por: Jansina Janielly Bezerra
Data de Impressão: 28/11/2019 10:58
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D.A.M.S. (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 282.354.504-78 4 - Nome completo da vítima: Francisco Pedro Costa

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

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 Rosado 13 - Estado: PR 14 - CEP: 59.790-000
15 - E-mail: Nao Possui 16 - Tel (DDD): (041) 99827-0060

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 comprovado em anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ SEQUISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPIANÇA (somente para os bancos abertos, Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (somente para bancos) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 363864 7 AGÊNCIA: CONTA: Nome do BANCO: Informar o dígito do código Informar o dígito do código

Autoreio a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com o valor devido, o valor de indenização a ser pago pelo Seguro DPVAT, a qual em caso de falta de reconhecimento e dano, desde já e somente após a efetuação do cadastro, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, a ser realizada pela Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes em decorrência do acidente por motivo de trânsito, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com a decisão de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ 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 do(a) mesmo(a):
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou testemunhas? ☐ 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 a quem se apresentarem a provar sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira passará a ser a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a raso) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a raso) 36 - Assinatura da quem assina a pedido (a raso) 37 - Assinatura da quem assina a pedido (a raso) 38 - 39 - Nome: CPF: 40 - Assinatura de testemunha 41 - Assinatura de testemunha 42 - Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, 02/02/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.003.V002/2018



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

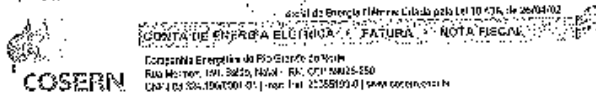
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000161164-7

Nr. da Autenticação C669F260E32DD1D2





DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO PEDRO DA SILVA

EXERCÍCIO DE EXERCÍCIO CONSUMIDOR
RUA MARCEL SALVIANO S/N

CPF: 824.128.064-04

CEP: 52060-000
GOV: 52060-000

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO: 25/07/2019
DATA DE VENCIMENTO: 19/08/2019
VALOR DO DÉBITO: 302,86

Formulário de identificação do cliente e do documento, incluindo campos para nome, CPF, data de emissão, data de vencimento, e valor do débito.

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Consumo Água (Vál)	35,000000	0,7547123	264,65
Acrescimo Saneamento			2,90
Contribuição Saneamento			18,10
Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			2,60
Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			5,56
Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			1,71
Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			1,70
Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			1,47
Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			1,66
Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19			0,07

TOTAL DA FATURA

302,86

Item	Descrição	Valor
1	Consumo Água (Vál)	264,65
2	Acrescimo Saneamento	2,90
3	Contribuição Saneamento	18,10
4	Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	2,60
5	Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	5,56
6	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,71
7	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,70
8	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,47
9	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,66
10	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	0,07

Item	Descrição	Valor	Porcentagem
1	Consumo Água (Vál)	264,65	87,42%
2	Acrescimo Saneamento	2,90	0,96%
3	Contribuição Saneamento	18,10	5,98%
4	Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	2,60	0,86%
5	Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	5,56	1,84%
6	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,71	0,56%
7	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,70	0,56%
8	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,47	0,49%
9	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,66	0,55%
10	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	0,07	0,02%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de outros débitos. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de outros débitos. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la.

Item	Descrição	Valor	Porcentagem
1	Consumo Água (Vál)	264,65	87,42%
2	Acrescimo Saneamento	2,90	0,96%
3	Contribuição Saneamento	18,10	5,98%
4	Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	2,60	0,86%
5	Multa por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	5,56	1,84%
6	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,71	0,56%
7	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,70	0,56%
8	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,47	0,49%
9	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	1,66	0,55%
10	Juros por atraso - NF 025816050 - 17/08/19	0,07	0,02%



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - QUÍTA-FISCAL

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO PEDRO OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL GALVÃO, 505

OFF: 374.126 954-04

CENTRO AREA URBANA
CONFINADOR DIA SEPT. ROSALDO PH
59100 000

CLASSIFICATION

A1 RESIDENTIAL - REGULATORY

072315130	141X.A	1804/2018
1804/2018	2005001610	781592

CONTA CONTABILIZADA	DESCRIÇÃO
700236/079	07/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
25/07/2019	19/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	302,88

www.ck12.org

[illegible]

THE DATA

EXCERPTA IN COMPTON DESTA NDTA FISCAL

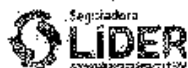
[illegible][illegible]

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:
 O presente relatório foi elaborado com base em dados coletados durante a realização da pesquisa de campo, realizada no dia 10 de maio de 2016, no município de São Paulo, Estado de São Paulo. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com profissionais da área de saúde pública, bem como através de observação direta no local de trabalho. Os dados foram analisados e os resultados foram apresentados neste relatório. O presente relatório tem como objetivo principal apresentar os resultados da pesquisa de campo, bem como discutir os aspectos metodológicos e os aspectos éticos da pesquisa. O presente relatório foi elaborado com base em dados coletados durante a realização da pesquisa de campo, realizada no dia 10 de maio de 2016, no município de São Paulo, Estado de São Paulo. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com profissionais da área de saúde pública, bem como através de observação direta no local de trabalho. Os dados foram analisados e os resultados foram apresentados neste relatório. O presente relatório tem como objetivo principal apresentar os resultados da pesquisa de campo, bem como discutir os aspectos metodológicos e os aspectos éticos da pesquisa.

2000-2001
 2001-2002
 2002-2003
 2003-2004
 2004-2005
 2005-2006
 2006-2007
 2007-2008
 2008-2009
 2009-2010
 2010-2011
 2011-2012
 2012-2013
 2013-2014
 2014-2015
 2015-2016
 2016-2017
 2017-2018
 2018-2019
 2019-2020
 2020-2021
 2021-2022
 2022-2023
 2023-2024
 2024-2025
 2025-2026
 2026-2027
 2027-2028
 2028-2029
 2029-2030
 2030-2031
 2031-2032
 2032-2033
 2033-2034
 2034-2035
 2035-2036
 2036-2037
 2037-2038
 2038-2039
 2039-2040
 2040-2041
 2041-2042
 2042-2043
 2043-2044
 2044-2045
 2045-2046
 2046-2047
 2047-2048
 2048-2049
 2049-2050
 2050-2051
 2051-2052
 2052-2053
 2053-2054
 2054-2055
 2055-2056
 2056-2057
 2057-2058
 2058-2059
 2059-2060
 2060-2061
 2061-2062
 2062-2063
 2063-2064
 2064-2065
 2065-2066
 2066-2067
 2067-2068
 2068-2069
 2069-2070
 2070-2071
 2071-2072
 2072-2073
 2073-2074
 2074-2075
 2075-2076
 2076-2077
 2077-2078
 2078-2079
 2079-2080
 2080-2081
 2081-2082
 2082-2083
 2083-2084
 2084-2085
 2085-2086
 2086-2087
 2087-2088
 2088-2089
 2089-2090
 2090-2091
 2091-2092
 2092-2093
 2093-2094
 2094-2095
 2095-2096
 2096-2097
 2097-2098
 2098-2099
 2099-2100
 2100-2101
 2101-2102
 2102-2103
 2103-2104
 2104-2105
 2105-2106
 2106-2107
 2107-2108
 2108-2109
 2109-2110
 2110-2111
 2111-2112
 2112-2113
 2113-2114
 2114-2115
 2115-2116
 2116-2117
 2117-2118
 2118-2119
 2119-2120
 2120-2121
 2121-2122
 2122-2123
 2123-2124
 2124-2125
 2125-2126
 2126-2127
 2127-2128
 2128-2129
 2129-2130
 2130-2131
 2131-2132
 2132-2133
 2133-2134
 2134-2135
 2135-2136
 2136-2137
 2137-2138
 2138-2139
 2139-2140
 2140-2141
 2141-2142
 2142-2143
 2143-2144
 2144-2145
 2145-2146
 2146-2147
 2147-2148
 2148-2149
 2149-2150
 2150-2151
 2151-2152
 2152-2153
 2153-2154
 2154-2155
 2155-2156
 2156-2157
 2157-2158
 2158-2159
 2159-2160
 2160-2161
 2161-2162
 2162-2163
 2163-2164
 2164-2165
 2165-2166
 2166-2167
 2167-2168
 2168-2169
 2169-2170
 2170-2171
 2171-2172
 2172-2173
 2173-2174
 2174-2175
 2175-2176
 2176-2177
 2177-2178
 2178-2179
 2179-2180
 2180-2181
 2181-2182
 2182-2183
 2183-2184
 2184-2185
 2185-2186
 2186-2187
 2187-2188
 2188-2189
 2189-2190
 2190-2191
 2191-2192
 2192-2193
 2193-2194
 2194-2195
 2195-2196
 2196-2197
 2197-2198
 2198-2199
 2199-2200
 2200-2201
 2201-2202
 2202-2203
 2203-2204
 2204-2205
 2205-2206
 2206-2207
 2207-2208
 2208-2209
 2209-2210
 2210-2211
 2211-2212
 2212-2213
 2213-2214
 2214-2215
 2215-2216
 2216-2217
 2217-2218
 2218-2219
 2219-2220
 2220-2221
 2221-2222
 2222-2223
 2223-2224
 2224-2225
 2225-2226
 2226-2227
 2227-2228
 2228-2229
 2229-2230
 2230-2231
 2231-2232
 2232-2233
 2233-2234
 2234-2235
 2235-2236
 2236-2237
 2237-2238
 2238-2239
 2239-2240
 2240-2241
 2241-2242
 2242-2243
 2243-2244
 2244-2245
 2245-2246
 2246-2247
 2247-2248
 2248-2249
 2249-2250
 2250-2251
 2251-2252
 2252-2253
 2253-2254
 2254-2255
 2255-2256
 2256-2257
 2257-2258
 2258-2259
 2259-2260
 2260-2261
 2261-2262
 2262-2263
 2263-2264
 2264-2265
 2265-2266
 2266-2267
 2267-2268
 2268-2269
 2269-2270
 2270-2271
 2271-2272
 2272-2273
 2273-2274
 2274-2275
 2275-2276
 2276-2277
 2277-2278
 2278-2279
 2279-2280
 2280-2281
 2281-2282
 2282-2283
 2283-2284
 2284-2285
 2285-2286
 2286-2287
 2287-2288
 2288-2289
 2289-2290
 2290-2291
 2291-2292
 229

RUBRO DE PRODUÇÃO					RUBRO DE TERMO	
PRODUTOS	QUANTIDADE	UNID.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
BANDEIRA	0,00		7,17	0,00	92,74	
FIL	0,00		2,64	0,00	0,00	
Dados	TOTAL = 0,00					





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1535 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 05 | Central Davidade: 0800 021 91 33

Eu, <u>Glaziana Guimarães Costa Freitas</u>	
RG nº <u>002.776.623</u>	data de expedição <u>07/02/06</u>
Órgão <u>Step W</u>	CPF nº <u>083.206.124-02</u>
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/Prça)	<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>RN</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:

Monau - 02/02/09

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para defeitos, avarias e de falha): 0800-022-17-06 | Central Ombudsman: 0800-022-91-95

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/BIBLIOTECAS/DOC/ORIGINAL/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.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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	<u>Glegiana Guimarães Costa Freitas</u>		
inscrito (a) no CPF/CNPJ	<u>083 206 724</u>	/ <u>02</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário:
	<u>Francisco Pedro Costa</u>		
	inscrito (a) no CPF sob o nº <u>282 354 304</u> / <u>78</u>		
do sinistro de DPVAT cobertura	<u>Invalidez</u>	da vítima	<u>Francisco Pedro Costa</u>
inscrito (a) no CPF sob o nº	<u>282 354 304</u>	/ <u>78</u>	conforma determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão:	<u>Revisor</u>	Renda:	<u>Revisor</u> e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar			

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

Endereço:	<u>Rua Manoel Salviano</u>	Número:	<u>585</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Gov. Dir. Sgt. Rosado</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>			CEP:	<u>57490-000</u>
				Telefone:	<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data:

Marabá - PA 02/12/19

x Glegiana Guimarães Costa Freitas
Assinatura do Declarante

DLRL-001 V003/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 11:18:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081411182177700000056337346>

Número do documento: 20081411182177700000056337346



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

37

DATA DE ATENDIMENTO: 21/11/19
HORA: 15:46

NOME: Pronevito Pinheiro Costa
CARTÃO DO SUS: 70462168773429
ENDEREÇO: Monel Salviano
NOME DA MÃE: Luizete J. Silva de Souza
RECEPÇÃO
SEXO: M IDADE: 60
DATA DE NASCIMENTO: 17/10/1959
VISTO RECEPÇÃO:

QUEIXA CLÍNICA

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
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☐

ESTRATIFICAÇÃO
RISCO CLÍNICO

VERMELHO ☐
LARANJA ☐
AMARELO ☐
VERDE ☐
AZUL ☐

Assinatura do profissional

HISTÓRIA CLÍNICA:

CONSULTA MÉDICA

paciente comparece com queixa de dor
na nuca que aparece de manhã
ligeira e depois

EXAME FÍSICO:

sem febre
sem de aperto
na nuca e região de pescoço

EXAMES SOLICITADOS

☐ ELETROGRAMA ☐ SUMÁRIO DE URINA ☐ HCG ☐ RADIOGRAFIA:
☐ OUTROS:

ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES / HORÁRIOS

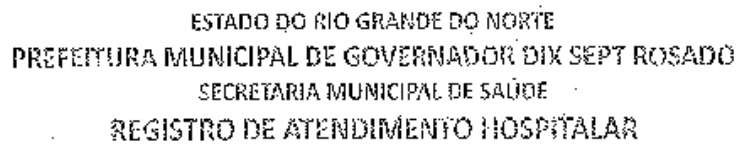
☐ MEDICAÇÃO - OBSERVAÇÃO
☐ ENCAMINHAMENTO ESPECIALIDADE:
☐ SAIR À REVELIA
☐ RETORNAR ALÉ 24H PARA REAVALIAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO: DESTINO
☐ TRANSFERIDO: HORA DA 1ª REGULAÇÃO

HORA DE SAÍDA (DESTINO):

Assinatura e carimbo do médico

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







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

37

DATA DE ATENDIMENTO: 21/07/19
HORA: 11:40

RECEPÇÃO

NOME: Francisco Pedro Costa
CARTÃO DO SUS: 70462168-77.31.29
ENDERECO: Manoel Siqueira
NOME DA MÃE: Rizele Jizora de Souza
SEXO: M IDADE: 60
DATA DE NASCIMENTO: 17/12/1958
VISTO RECEPÇÃO:

ACOLHIMENTO

QUEIXA CLÍNICA

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

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

SIM NÃO
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☐
☐ ☐

ESTRATIFICAÇÃO
RISCO CLÍNICO

VERMELHO ☐
LARANJA ☐
AMARELO ☐
VERDE ☐
AZUL ☐

Assinatura do profissional

CONSULTA MÉDICA

HISTÓRIA CLÍNICA:

fratura capela com queda de dor
na mão esquerda de 15 dias.

plano e dor

EXAME FÍSICO:

sem edema
sem de espaço

EXAMES SOLICITADOS

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

na fratura no
após 15 dias

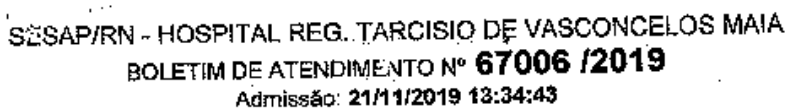
ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES / HORÁRIOS

☐ MEDICAÇÃO + OBSERVAÇÃO
☐ ENCAMINHAMENTO ESPECIALIDADE
☐ SAIR À REVELIA
☐ RETORNAR ATÉ 24H PARA REAVALIAÇÃO
☐ INFIRMAÇÃO; DESTINO
☐ TRANSFERIDO; HORA DA 1ª REGULAÇÃO

HORA DE SAÍDA (DESTINO):

Assinatura e carimbo do médico





ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 29469 - FRANCISCO PEDRO COSTA (59 a 11 m 4 d)

Paciente: 23456 - Telefone: 0000-0000-0000 - End: 00000-0000 - Sexo: M Cor: PARD
Nascimento: 17/12/1959 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Prof: 00000000000000000000

CNS: 704601687775429

CPF: 28235410478

Prof:

Mãe: LIZETE ALZIRA DE SOUSA

Pa: PEDRO DE ALMEIDA COSTA

Logradouro: MANOEL JOAQUIM, 331

Bairro: CENTRO

Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT
ROSADO

CEP: 59790000

Telephone:84.91931474

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:										Classificação: 21/11/2019 13:32:54		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	R/S				
			97			97		15					

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ECG 15, AVALIADO PELO CLINICO, ESTA COM HD; FRATURA EM JOELHO ESQUERDO

Нога: 13:58

Horas: 13:58
Paciente vítima de queda há aproximadamente 3 horas, sem uso de contraceptivo, nega perda de consciência, nega náuseas e vômito, nega convulsões, nega alergias medicamentosas.

A. va aerea, persea, pet conicalia

B: MV ⊕ bilateralmente, s/ RA. S_AO₂ 94%

C: pulso periferico (+)

Q: EC 615

E : Sinais de continuidade em região central de pulso E , com dificuldade de manuseio.

Abol atigido, sem apensas.

CD: Paracetol da ortopedia; Rx de joelho E; Alta da cirurgia

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO	ASSINT.
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE SA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORÓ 16/11/2019 SANE TARCISIO		

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

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/19. Hr: ____:____ Medico: _____ Assinar o

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 21 de Novembro de 2019.
(Carimbar)

1599



<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081411182177700000056337346>

Número do documento: 20081411182177700000056337346

Num. 58681563 - Pág. 18

GOVERNADOR
SEPT ROSADO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROFESSORA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DO SEPT ROSADO

EXCELTUÁRIO
Eulandino

Eulandino o paciente fraterno
Pedro Costa, 60 anos, história de
queda de moto, com queda de
cabeça e dor em joelho e
pepa perda de consciência ou
rônco. Pouca vigil, orientado,
sem sinais de trauma torácico,
abdômen ou membros.
Hx: fratura em joelho e?
Condutor: imobilizado + Eulandino
visto no ORTOPEDISTA

21/11/19

Denis Sarmiento
Médico
CRM/RN 8550

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 21/11/2019
BIAF
SANE / ARQUIVO



Ortopedia 21/11/19 15:02

Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 8 horas.

Informa dor em joelho (E) e mobilidade, principalmente à extensão.

À exame: Nesse dor e prurido em joelho (E), informe dor e mobilidade.

Apresenta mobilidade e não responde aos testes. Não há sinais de lesão
articular. Sem síndrome compartimental.

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

CD: - Têxto insuflado misto em MEE.

- Diagnóstico sugerido - OMI grau 100 (vulgar)

- Foco de ARI por ser colado em sésamo devido à necessidade
de controle cirúrgico de fratura.

- Foco de recorte para análise e acompanhamento.

- Alta de ortopedia.

VALÉRIO GUIMARÃES
Médico Ortopedista
CRM 10.513/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO LIMA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 26/11/2019
BIA
SAME / ARQUIVO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1954
 SECRETARIA NACIONAL DE POLÍCIA FEDERAL

NOME: FRANCISCO PEDRO COSTA



DOC. IDENTIDADE / C.T.C. 616500 UF 712396 RJ

CNP 282.354.104-78 DATA DE NASCIMENTO 17/12/1959

ESTADO PELO DE ALMEIDA COSTA
 LIZETE ALSIRA DE SOUSA

RESIDÊNCIA [REDACTED] VCE [REDACTED] C. HAB. [REDACTED]

Nº ACERTO 00992285602 VALOR 25/09/2022 1ª EXAMINACÃO 25/07/1985

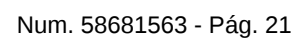
DESCRICAO DO A [REDACTED]

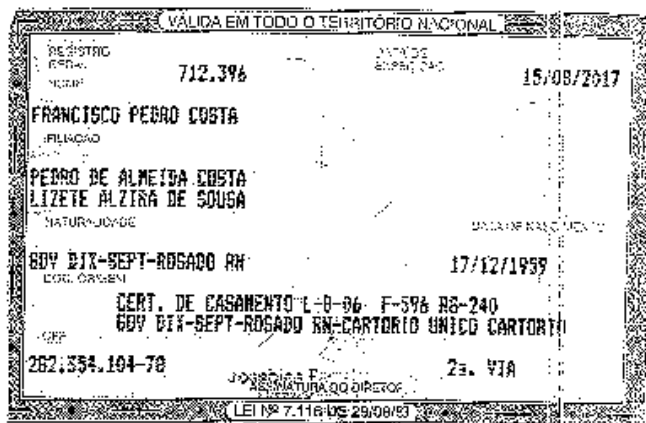
Francisco Pedro Costa
 3150245, R. COLO. PONTAQUE

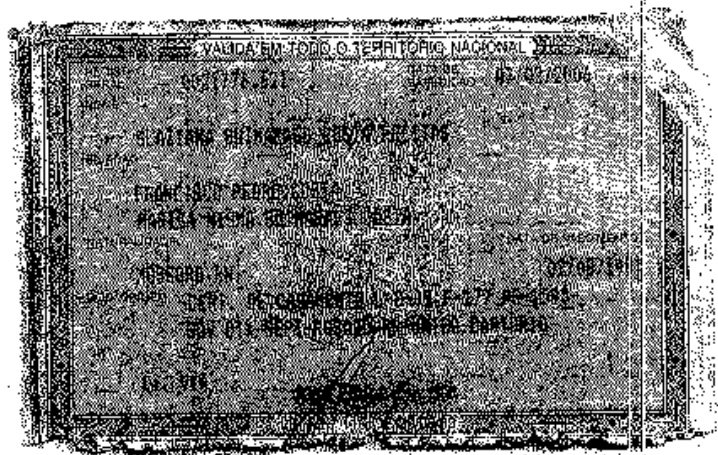
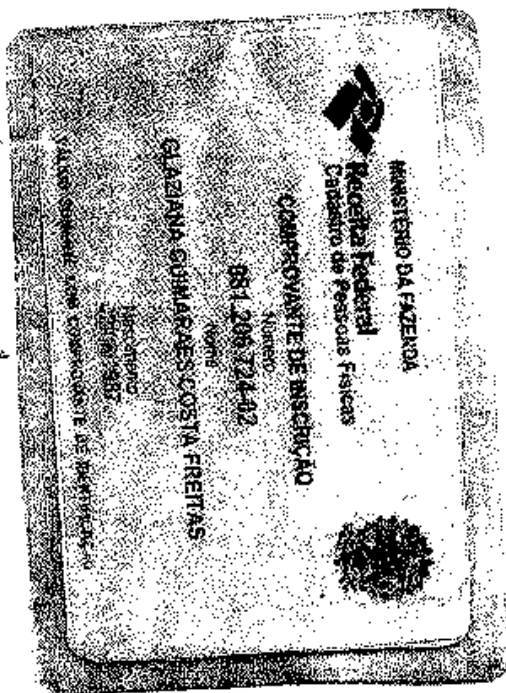
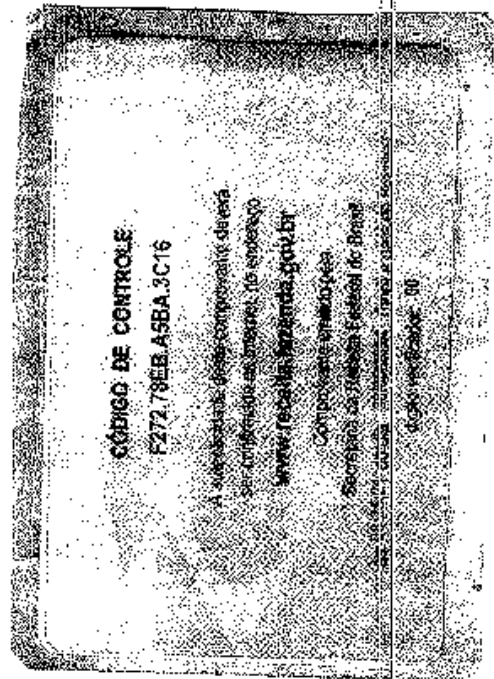
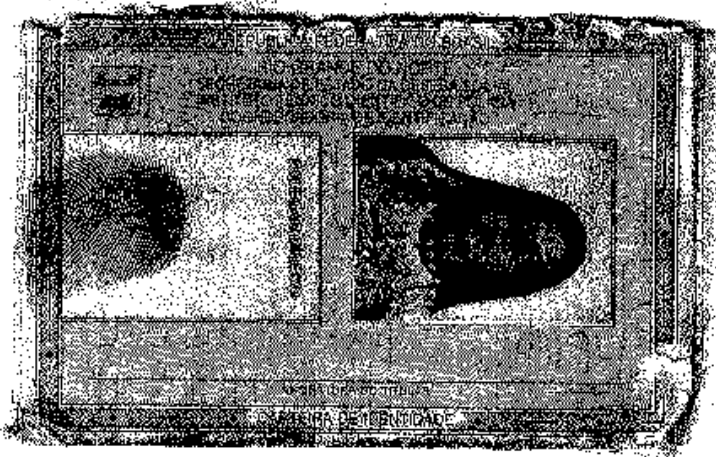
LOCAL MOSSORO, RN DATA EMISSÃO 26/09/2016

Nº DO DOCUMENTO 6194419150
 COTACAO PARA COPIA 8N702470040

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍCIA FEDERAL







SEGURO OBRIGATORIO PARA OS VEICULOS AUTOMOTORES DE TRAFEGO		SEGURO OBRIGATORIO PARA OS VEICULOS AUTOMOTORES DE TRAFEGO	
RN Nº 0148551907083 ALMEIDA DE SEGURO DPVAT			
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PAGA MAIS INFORMAÇÕES, LIGA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR			
SAC DPVAT 0800 007 1234			
DATA EMISSÃO		DATA EXPIRAÇÃO	
2010		22/08/2019	
COT / CNE		PLACA	
CGI 339.734-02		QAV 9221	
REDAVAIR		NACIONALIDADE	
CORPO 330333		SEGUNDO 100 33	
ANO 1981		M CHASSI	
2013		9CZHC140330015704	
PRÊMIO TARIFARIO		VALOR DO SEGURO	
R\$ 19,75		R\$ 19,75	
CUSTO DO BILHETE RN		CUSTO DO SEGURO	
R\$ 19,75		R\$ 19,75	
TACAPARTI		PARCELADO	
☐ ÚNICA		☐ PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.248.890/0001-01			



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





CARTÓRIO ÚNICO DE GOV. DO RIO GRANDE DO NORTE
Rua Cônego Soares, 29 - Titular: Adriana Felipe da Silva
Contato: (84)3328-2141 e-mail: cartoriogdn@yahoo.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Nome do
OUTORGANTE: FRANCISCO PEDRO COSTA; 282.354.104-78.
Gera em: <https://selodigital.tjn.jus.br>
Selo Digital: RN201900943830004428FV1.
Governador Dix-Sept Rosado, 28 de novembro de 2019 15:14
Rosana Silva de Oliveira, Escrevente Autorizada
OP: rosana
Final: 2,53 ISSQN: 0,14

AA020327

Rosana Silva de Oliveira
Escrevente Autorizada



NOME:	Francisco Pedro Costa		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
PROFISSÃO:	Turista		
IDENTIDADE:	CPF:		
712.396	282.354.104-78		
RESIDENTE E DOMICÍLIO (A) A RUA:			
Rua Manoel Salvariano 585			
CIDADE:	ESTADO:		
Governador Dix Sept Rosado	Rio Grande do Norte		
CEP:			
59790-000			

OUTORGADO

NOME:	Gloziana Guimarães Costa Freitas		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
PROFISSÃO:	Do lar		
IDENTIDADE:	CPF:		
002.776.621	081.206.724-02		
RESIDENTE E DOMICÍLIO (A) A RUA:			
Rua Manoel Salvariano Nº585			
CIDADE:	ESTADO:		
Governador Dix Sept Rosado	Rio Grande do Norte		
CEP:			
59790-000			

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

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



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



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO PEDRO COSTA

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

