



Número: **0811470-73.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALCIVAN ALVES BEZERRA (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59530 585	05/09/2020 07:11	<u>2748027_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação

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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCIVAN ALVES BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000013461-9

Nr. da Autenticação 373DCB90A8FEB43E



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/09/2020 07:11:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009050711088290000057127354>
Número do documento: 2009050711088290000057127354

Num. 59530585 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149719 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIVAN ALVES BEZERRA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO. P4, 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P 7, 8
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X

VITIMA JÁ PENDENCIADA , SEM NOVOS DOCUMENTOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200149719 **Vítima: ALCIVAN ALVES BEZERRA**

Data do Acidente: 18/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELITA GOMES DE OLIVEIRA NOGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCIVAN ALVES BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALCIVAN ALVES BEZERRA

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000036-1**

Conta: **0000013461-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

405.818.614-34

Alcivan Alves Bezerra

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Alcivan Alves Bezerra	405.818.614-34		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
militar	AG Cabelo de Neves	31	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	mosengo	RN	59600-001
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (84) 99852-8771		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1

CONTA: 13.461

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (vainascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

mosengo/RN, 20/03/2020

Alcivan Alves Bezerra

Letícia Souza de Andrade Bezerra

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU
Endereço: Rua João Pessoa, 588, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6598

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020091000346 1.2 Data de Expedição: 17/03/2020 10:38:54
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: SITIO BELA VISTA PIATÓ
2.6 Tipo do local: Rural 2.9 CEP:
2.8 Número: S/N 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: AÇU
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ALCIVAN ALVES BEZERRA 3.2 Estado civil: Divorciado(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: ANTÔNIO ALVES BEZERRA
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: FRANCISCA ALVES BEZERRA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 40581861434 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 18/02/1965
3.13 Profissão: APOSENTADO 3.14 RG: 7672 - PM RN
3.15 Telefone(s): 84 986888088 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 31 3.18 Naturalidade: GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL DE MOSSORÓ RN 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: PA CABELO DE NEGRO
3.23 Cidade: MOSSORÓ 3.24 CEP:
4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER 5.1.2 Alcunha:
5.1.3 Nome Social: 5.1.4 Pai:
5.1.5 Estado civil: 5.1.6 Mãe:
5.1.7 Etnia: 5.1.8 Identidade de Gênero:
5.1.9 Data de Nascimento: 5.1.10 Orientação Sexual:
5.1.11 RG: Não informado 5.1.11 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO
5.1.13 Profissão: 5.1.14 CPF:
5.1.15 Passaporte: 5.1.16 Nacionalidade:
5.1.17 Características: 5.1.20 CEP:
5.1.18 Logradouro: 5.1.22 Cidade:
5.1.19 Número:
5.1.21 Bairro:
5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: TELITA GOMES DE OLIVEIRA NOGUEIRA 6.1.3 Estado civil: Divorciado(a)
6.1.2 Nome Social: 6.1.5 Identidade Gênero:
6.1.4 Etnia: Parda 6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.6 Mãe: ALADIA GOMES DE OLIVEIRA 6.1.9 Pai: Parda
6.1.8 Sexo: FEMININO 6.1.11 Data de Nascimento: 14/05/1979
6.1.10 CPF: 09825256424 6.1.13 RG: 002213085
6.1.12 Nacionalidade: 6.1.15 Profissão: AGRICULTORA
6.1.14 Passaporte: 6.1.18 CEP:
6.1.16 Logradouro: PA CABELO DE NEGRO 6.1.20 Cidade: MOSSORÓ
6.1.17 Número: 31
6.1.19 Bairro: ZONA RURAL DE MOSSORÓ RN
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
6.2.1 Nome Completo: FRANCISCO SANTIAGO DA SILVA 6.2.3 Estado civil: Casado(a)
6.2.2 Nome Social: 6.2.5 Identidade Gênero:
6.2.4 Etnia: Parda 6.2.7 Orientação Sexual:
6.2.6 Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA 6.2.9 Pai: Parda
6.2.8 Sexo: MASCULINO 6.2.11 Data de Nascimento: 28/06/1968
6.2.10 CPF: 59611138415 6.2.13 RG: 001315679
6.2.12 Nacionalidade: 6.2.15 Profissão: RECEPCIONISTA
6.2.14 Passaporte: 6.2.18 CEP:
6.2.16 Logradouro: RUA DR. JOÃO MARCELINO 6.2.20 Cidade: MOSSORÓ
6.2.17 Número: 701
6.2.19 Bairro: NOVA BETÂNIA
6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)



- 7.1.1 Segurado: Não
- 7.1.3 Chassi: 9C2KD0101JR218286
- 7.1.5 Placa: MXN6490
- 7.1.7 Marca: HONDA
- 7.1.9 Ano do Modelo: 1992
- 7.1.11 Cor do veículo: PRETA
- 7.1.13 Nota Fiscal:
- 7.1.15 Nome do proprietário: FRANC
- 7.1.17 Nome do condutor: ALCIVAN
- 7.1.18 Observações:

- 7.1.2 Seguradora:
- 7.1.4 Renavam: 176430389
- 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
- 7.1.8 Modelo: NX 150
- 7.1.10 Ano de Fabricação: 1992
- 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
- 7.1.14 Número do Motor:
- 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência: SUSPEITO

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA POR UMA ESTRADA CARROÇÁVEL, NA MOTOCICLETA SUPRATITADA, NA LOCALIDADE DO SÍTO BELA VISTA PIATO, ZONA RURAL DA CIDADE DE ASSÚRN, QUANDO BATEU EM UMA PEDRA E CAIU DA MOTOCICLETA, SENDO QUE, A REFERIDA MOTOCICLETA TOMBOU POR CIMA DA Perna DA VÍTIMA, VINDO A FRATURAR O REFERIDO MEMBRO, CONFORME CONSTA NO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO. O COMUNICANTE AFIRMA QUE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ORA TESTEMUNHAS, E QUE FOI CONDUZIDO AO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DA CIDADE DE ASSÚRN E, POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN, DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO. NADA MAIS DISSE. O COMUNICANTE ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE POR SUAS DECLARAÇÕES.

9.2 Informações do CIOSP

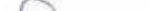
10. COMPLEMENTOS

DATA DO COMPLEMENTO: 17/03/2020
USUÁRIO: 2084280 - Judson Abreu Ramos
COMPLEMENTO: REGISTRE-SE DUE A DATA DO FATO É 18/08/2017, ÀS 14H30MIN, NADA MAIS DISSE

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 17/03/2020 10:38:54

Data 17/3/2020 10:38:54


Jutison Abreu Ramo
Agente Polícia Civil
MAT-208.426-8

ACILIAN ALVES BEZERRA
Intercapado

Introdução

Polegar direito

Atendimento: 2084260 - Judson Abreu Ramos
Impresso por: 2084260 - Judson Abreu Ramos em 17/03/2020 10:44:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/09/2020 07:11:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009050711088>

Número do documento: 2009050711088290000057127354

Páginas 22

Num. 59530585 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

405.818.614-34

Alcivan Alves Bezerra

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Alcivan Alves Bezerra	405.818.614-34		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
militar	AG Cabelo de Neves	31	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	mosengo	RN	59600-001
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (84) 99852-8771		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1

CONTA: 13.461

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (vainascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

mosengo/RN, 20/03/2020

Alcivan Alves Bezerra

Letícia Souza de Andrade Bezerra

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thelita Gomes de O. Neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.252.564 / 24 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcivan Alves Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.818.614 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima o mesmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
AG Cabelo de Neve		31	
Zona Rural	Mossoró	RN	59600-001
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

Mossoró, 20 de maio de 2020
Local e Data

Thelita Gomes de Oliveira Neves
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/09/2020 07:11:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009050711088290000057127354>
Número do documento: 2009050711088290000057127354

Num. 59530585 - Pág. 8

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:		Atendimento Nº: 141	
Nome: Alcivan Alves Bezerra		Idade: 52	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe:	Profissão:	
Endereço (Rua/Av.): Sítio Bela Vista Riato		Nº: 	Complemento:
Bairro: Z. Rural	Cidade: Assú	Estado: RN	Telefone:
Clínica:		Data: 31.08.17	Horas: 06:35
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor:	
Assinatura do Paciente:			

ACOLHIMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ()	DM: ()	Assinatura:	Classificação:
---------	---------	-------------	----------------

ANAMNESE:

Apudia de mulher de 52 anos de 4 bairas no M.D e hemipareses dos inferiores

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	F.C.: _____	PA: _____	F.R.: _____	Glasgow: _____
	SpO2: _____	HGT: _____				

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Laboratório:

Radiológico: *Tomografia, fígado, rins*

ECG

Outros

Hipótese do Diagnóstico:			CID:
Conduta: <input checked="" type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Laudo para AIH	Médico: (Carimbo e Assinatura)
Salida: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h.	<input type="checkbox"/> Alta referido para UBS	<input type="checkbox"/> Óbito	
<input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência	<input type="checkbox"/> Especialidade		
<input type="checkbox"/> Internação no Hospital:			





PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Flávia Soárez Bazona SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 8/08/14

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidose de origem de 24 horas. Foi atendida no HED. Com suspeita de infarto agudo de miocárdio.

ESTADO GERAL:

Urgente

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Febre alta, mal-estar.

PROCEDIMENTO:

*Exame sangue com
Exame toxicológico.*

*Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710*

Assinatura do médico, carimbo



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente:	Alcivan Alves Bezerra		
Idade:	52 anos	Sexo:	M() F()
Diagnóstico:	Afiat. de Maléolo.		
Parecer/Clínica:	Encontra em M.D. (Fract. de Maléolo) por ocidente de moto.		
	PA: 130x90. SIT: 978		
Hospital Solicitante da Vaga:	Assú		
Enfer.()	UTI()	Ped.()	
Médico Solicitante: Dr. Daniel Santos			
Paciente c/ Encaminhamentos: S() N()			
Data/Hora da Solicitação: 18/08/17. 18:10			
Técnico UGV: Piedimaro			
Enfermagem: Glacieli			

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/09/2017
BIM
SAME/ARQUIVO





PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Heitor Henr Bezerra SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 18/08/14

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

*Paciente afixa de quando de um dia
há cerca de 05 horas. Síntese deu um MIO,
com diminuição dos movimentos.*

ESTADO GERAL:

Boa

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/09/2017
SAMEJARQUIVO *BS*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fnefarma malicioso lateral. D

PROCEDIMENTO:

*1) Voltarne fxiar o auxi em
2) A ontopediva.*

Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710

Assinatura do médico, carimbo

✓ Regulado a) Gladimaro UGU HRTM





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2611-474

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: ALCIVAN ALVES BEZERRA D. N. 1808165 Idade: _____
Profissão: _____
Endereço: Rua: Sítio Bela Vista Piatob Cartão SUS n° _____
Cidade: Assu Bairro: _____
Filiação: Mae: _____ U.F. RN Fone: _____
Pai: _____

Data: 18/08/17

Hora: 19:25

A.C.C.R.: (1430)

1-QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Xciente vítima de acidente de moto representando dor e incapacidade funcional seu tornozelo (D)

- EXAME FÍSICO

Dor + Enfamento focal c/ curativo feito no ato acidente em tornozelo D

Radiografia de perna representando fratura de Maléolo D

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fratura de Maléolo D

*HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 5/09/2017
SAME/ARQUIVO*



4 - CONDUTA MÉDICA

Data: / /

Hora: : :

-Solicito Rx de fangos de D

* OpenSim Fix - frozen piping

CD. INIOIS 7^o CIRCUIS
EMIO DHT

100 0 3.5

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFIÑITI(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PRONTO SOCORRO INTERVENÇÃO HOSPITALAR TRANSFERÊNCIA OUTROS (Descrever)

() ALTA DO

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRTM

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alcivan Alves Bezerra

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

Masc.

1

Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Paciente vítima de acidente de moto que causou fratura do malleolo lateral direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Ex. Físico + Ex. Radiográfico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Malleolo lateral (D)

582-2

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04018101015718

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

18/08/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTONÔMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



① Volta红ua o1 amp am 16:55

Dr. Daniel Santos Pereira
Médico
CREMERN 8710

18:15hs. Pte. fonoel. p/ HRTM, consciente, orientado,
apreço, em ambulância da PMS. 
Dr. Marcelo Barreto de Souza
Médico
CREMERN
COJEN-RN 432993





PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Flávia Soárez Bazona SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 8/08/14

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidose de origem de 24 horas. Foi atendida no HED. Com síndrome de desidratação.

ESTADO GERAL:

VBG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Febre com mal-estar.

PROCEDIMENTO:

*Exame sangue com
Ex. autópsia.*

*Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710*

Assinatura do médico, carimbo



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente:	Alcivan Alves Bezerra		
Idade:	52 anos	Sexo:	M() F()
Diagnóstico:	Afiat. de Maléolo.		
Parecer/Clínica:	Encontra em M.D. (Fract. de Maléolo) por ocidente de moto.		
	PA: 130x90. SIT: 978		
Hospital Solicitante da Vaga:	Assú		
Enfer.()	UTI()	Ped.()	
Médico Solicitante: Dr. Daniel Santos			
Paciente c/ Encaminhamentos: S() N()			
Data/Hora da Solicitação: 18/08/17 - 18:10			
Técnico UGV: Piedimaro			
Enfermagem: Glacieli			

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/09/2017
SAME/ARQUIVO





PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Heitor Henr Bezerra SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 18/08/14

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente afixa de queda de um telhado cerca de 05 horas. Síntese dor no M20, com limitação dos movimentos.

ESTADO GERAL:

Boa

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/09/2017
SAMEJARQUIVO BS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fixação malixio lateral. D

PROCEDIMENTO:

1) Voltar a fixar o auxílio
2) A ortopedia.

Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710

Assinatura do médico, carimbo

✓ Regulado a) Gladimaro UGU HRTM





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2611-474

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: ALCIVAN ALVES BEZERRA D. N. 1808165 Idade: _____
Profissão: _____
Endereço: Rua: Sítio Bela Vista Piatob Cartão SUS n° _____
Cidade: Assu Bairro: _____
Filiação: Mae: _____ U.F. RN Fone: _____
Pai: _____

Data: 18/08/17

Hora: 19:25

A.C.C.R.: (1430)

1-QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Xciente vítima de acidente de moto representando dor e incapacidade funcional seu tornozelo (D)

- EXAME FÍSICO

Dor + Enfamento focal c/ curativo feito no ato acidente em tornozelo D

Radiografia de perna representando fratura de Maléolo D

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fratura de Maléolo D

*HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 5/09/2017
SAME/ARQUIVO*



4 - CONDUTA MÉDICA

Data: / /

Horas: : :

-Solicito Rx de fangos de D

* OpenSim Fix - frozen piping

CD. INIOIS 7^o CIRCUIS
EMIO DHT

100 0 3.5

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFIÑITI(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PRONTO SOCORRO INTERVENÇÃO HOSPITALAR TRANSFERÊNCIA OUTROS (Descrever)

() ALTA DO

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRTM

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alcivan Alves Bezerra

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Paciente vítima de acidente de moto que causou fratura do malleolo lateral direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Ex. Físico + Ex. Radiográfico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Malleolo lateral (D)

582-2

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04018101015718

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Ortopedia

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

18/08/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

46 - () EMPREGADO

47 - () EMPREGADOR

48 - () AUTONÔMO

49 - () DESEMPREGADO

50 - () APOSENTADO

51 - () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

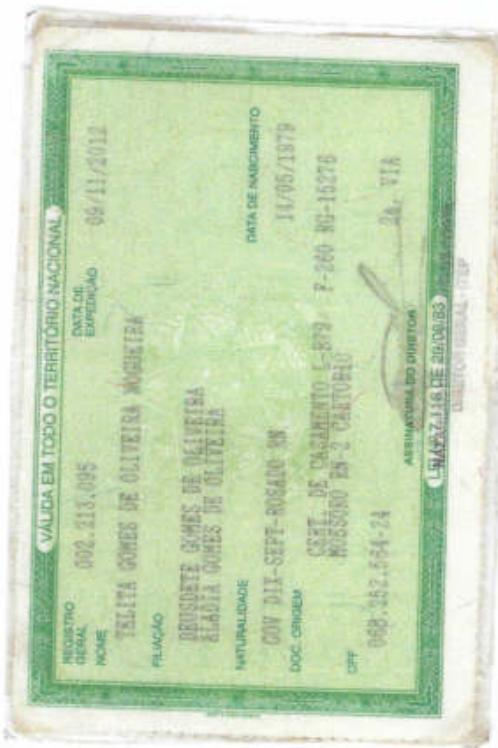
() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 405.818.614-34 4 - Nome completo da vítima: Alcivan Alves Bezerra

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

5 - Nome completo: Alcivan Alves Bezerra 6 - CPF: 405.818.614-34
7 - Profissão: militar 8 - Endereço: AG Cabelo de Neves 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: maceió 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-001
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 99852-8771

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 13.461 (9) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (vainascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, maceio/IRN, 20/03/2020

Alcivan Alves Bezerra

Testemunha: Andre Nogueira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Alcivan Alves Bezerra, brasileiro(a), estado civil divorciado,
profissão militar, residente e domiciliado à Rua AG Cabelo de Negro,
Nº 31, Bairro Zona Rural, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59600-001,
portador(a) do RG nº 7672, SSP/ RN e CPF nº 405.818.614-34.

Outorgado:

Teletha Gomes de Oliveira Nogueira, brasileiro(a), estado civil divorciada,
profissão Agricultora, residente e domiciliado à Rua AG Cabelo de Negro,
Nº 31, Bairro Zona Rural, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59600-001,
portador(a) do RG nº 002.913.095, SSP/ RN e CPF nº 068.252.564-24.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura invalidade, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alcivan Alves Bezerra, ocorrido em 18/08/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.