

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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000057016-7

Nr. da Autenticação 41358F230627B172

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206359 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA TÍBIA ESQUERDA
FRATURA DE CALCÂNEO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CALCÂNEO (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO) E TRATAMENTO CONSERVADOR DA TÍBIA. P4 10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-11936 / Outras regiões: 0300 027 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas, por dia): 0800 022 81 20 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 32 06 | Central Ovidorita: 0800 021 91 39

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/biblioteca/ver/DOCORIGINALADPTIPO=1&CODIGO=28936>

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 9.615/98.

Pelo exposto, eu Edilson de Souza Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 393032434, 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cristiano Alves de Araújo inscrito (a) no CPF sob o nº 064869334, 41
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Cristiano Alves de Araújo
inscrito (a) no CPF sob o nº 064869334, 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recebeu Renda: Recebeu e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recusa informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à 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 Tiberio Bulmarque</u>	Número: <u>3725</u>	Complemento: <u>Cam</u>
Bairro: <u>Barrocas</u>	Cidade: <u>Maracá</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59621-330</u>	Tel./DDD: <u>(84) 99827-0060</u>

Local e Data: Maracá - PA 16/03/2020

Edilson de Souza Araújo
Assinatura do Declarante

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 57613 - CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (34 a 3 m 19 d)

Nascimento: 28/10/1985

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: BRANCA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: NAO

Pai: SAMU

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 1

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telephone:

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - CICLISTA

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

16/02/2020 11:45:00

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C./Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		99		18	88			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO BICICLETA - MOTO, POSSÍVEL FRATURA DE TORNOZELO E TÍBIA E, ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

Dt e Hora: 12:59.

Di e Hora: 12:00. Lec 130 min
 Paciente vítima de queda de escada após colar em misto - nega queda de escadas.
 nega vômitos - nega fadiga na cabeça. Relato de colar após sub - manobras de alongamento
 nega dor a nuca após sugestão de dor de cabeça.
 nega dor de cabeça com estímulos contra

1: Janssens verloor een aantal goede spelers

B: Admittance $A_{11} + \frac{1}{Z_{in}}$ seen looking into network

B: (1) and A17? (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (

D: Purple color on a pink background. Color pink 15. Same effect on white.

Area of Chlorophyll = 4

Diagn. Inicial: *Inf. H. pylori*

Dr. Marcos Antonio Nogueira Mendes
Guaíba Grande Entropias Digestivas
BRASIL 1977

Assin:

[illegible]

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

CID 83210

Proc. 04 of 05 of 35

Data: 16 102 20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 16 de Fevereiro de 2020.

Assinar e

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CRISTIANO ALVES DE ARAUJO (8 - 817/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
212052

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
15/04/1985

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
BRANCA

11 - NOME DA MÃE
TERESINHA VIEIRA DE ARAUJO

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 988504104

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TIBERIO BURLAMAQUI, 1723 - BARROCAS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59621130

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Queixa de dor e inchaço no
calcâneo e fêmur*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Indicador Cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx + Rf fêmur

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO CALCANEIO

24 - CID 10
PRINCIPAL
S92.0

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEIO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
408050535

29 - CLÍNICA
ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
04865066497

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
IGO WALESCO DE MELO OLIVEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/02/2020

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

980016001835565

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 21/02/2020

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Cristiano Alves de Araújo Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fr. calcâneo e f. de fíbula

Indicação terapêutica: Osteossintese por gesso calcâneo

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Galvão

1ª Auxiliar: Dr. Lya

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Frederico

INTERVENÇÃO

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

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

1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

2) Anestesia + antiseptico + campos estéreis

3) Incisão para lateral do calcâneo e de fíbula por planos

4) Redução da fratura e fixação com os parafusos e placas

5) Sutura, p/bk nylon 3.0

6) Curativos ocultos

7) Tala gipsada

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21.10.2020

SAME / ARQUIVO

Dr. [Assinatura]
Cirurgião
CPM [Assinatura]



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Gratiano Alves de Araújo Pronto: 16-02-70
Cirurgia: III cc fist de transverso anti Data: 16-02-70
Cirurgião: Dr. Guilherme Auxiliar: Frederico Instrumentadora: Uerebebron
Anestesista: Frederico Anestesia: Raque
Início da Cirurgia: 17:00 Término: 17:50

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unidades
* GASES	80 unidades
* ESPARADRAPO	80
* COMPRESSAS	1 unidade
* LÂMINA DE BISTURI N°	24
* LUVAS	3 pares de cada
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CRÉPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	
* ABD	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 21.10.2008

SANE / ARQUIVO

2.000ml

3 unidades
3 unidades

mariana brocos 5 pares de cada

20/02/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 16/02/2020

34 ANOS
Leito: 305-4
MOSSORO - RN
CÓDIGO: 57613

DATA	EVOLUÇÃO
Nº Fratura: 05	4º DIH: POI OSTEOSSÍNTESE CALCANEÓ ESQUERDO + FX OSSÓS DA PERNA ESQUERDA - EM USO DE BOTA GESSADA (DM2)
	QP: SEM QUEIXAS
	EF: BEG, CÔTE, AAA. NORMOCORADO E HIDRATADO, EUPNEICO
	ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF
	AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SFA
	ABD: ATÍPICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
	MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP, EM USO DE BOTA GESSADA
	SITUAÇÃO:
	SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SISREG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA
	LABORATORIO (18/02/2020): Hb: 12,1 HT: 95 LEUCO: 6.400 (LINFOCITOSE) UREIA: 21 CREAT: 0,6 GLIC: 205 TS: 1,3
	MIN TC: 8 ME!
	CD:

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO PARA DM	
2	SF 0,9% 1500 ML, EV, PARA 24 HRS	4 ^{da} 2 ^{da} 3 ^{da}
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE ABD, EV, 6/8 HR SE NECESSARIO	S/N
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS S/N	S/N
5 D4/D10	OXACILINA 500 MG - C4 AMP + 100 ML SF 0,9% - EV 6/6H	10 16 22 04
6	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	06
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18
8	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	10 16 22 04
9	GLICOSE 50% - C AMP EV SE HGT < 70	S/N
10	SSVV + CCGG	Rotina

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
EM MOSSORO 21/02/2020

B110
SAME / ARQUIVO

Dr. Papinamba Caldeira Nogueira
Ortopedista
CRM 4017

21/02/20 - AUA MEDIC

TROCAR TAU POR INGUINO
POPSUA

Diego Arie...
CRM 4017
POPSUA
TEOT - 11



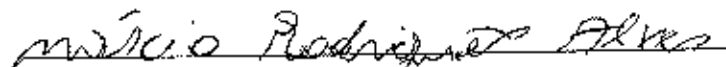
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **CRISTIANO ALVES DE ARAUJO** (Fia: 817/2020), CPF:06486911441.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 16 de Fevereiro de 2020.


Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/02/2020
B110
SAME / ARQUIVO

20/02/2020

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 16/02/2020

34 ANOS
Leito: 3054
MOSSORO - RN
CODIGO: 57613

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 03	4º DIA: POI OSTEOSSINTESE CAL CANFO ESQUERDO - FX OSSOS DA PERNA ESQUERDA - EM USO DE BOTA GESSADA (DMG) QP: SEM QUEIXAS EF: REG. COTU, AAL. NORMOCORADO E HIDRATADO, EL PNEICO ACV: RCR, 21, SEM SOPRO. 3NF AR: MIV+ EM AMBOS HEMITORAX. SDA ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO MIE: NEUROVASCULAR PRESERVADO, SEM SINAIS DE TVP, EM USO DE BOTA GESSADA SITUAÇÃO: SOLICITAÇÃO PARA INCLUSÃO NO SIS REG PREENCHIDA E ANEXADA - AGUARDA MARCAÇÃO DA CIRURGIA LABORATORIO (18/02/2020): HB: 12,1 HT: 35 LEUCOC: 6.400 (LINFOCITOSE) UREIA: 21 CREAT: 0,6 GLIC: 205 TS: 1,3 MIN TC: 8 MIN CD:

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO PARA DM	
2	SF 0,9% 1500 ML EV, PARA 24 HRS	ds 22 32
3	DIPIRONA 2ML + 8 ML DE AED, EV, 6/6 HR SE NECESSARIO	S/N
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS 5M	S/N
5	OXACILINA 500 MG - C1 AMP + 100 ML SF0,9% - EV 6/6H	10 16 22 04
6	OMEPRAZOL 40 MG EV PELA MANHA	08
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18
8	HGT 6/6H + IR CONFORME PROTOCOLO	10 16 22 04
9	GLICOSE 50% - AMP EV SE HGT < 70	S/N
10	SSVV + CCGG	Setim

Dr. Nipinamba Caldas L. Nogueira
Ortopedista
CRM-4037

21/02/20 - AUA MEDIC

TRUSSER TAO PR INGUINO
PO PSUA

Diego A...
CRM-4037



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Miriane Alves da Azevedo Idade: 34 Nº Reg. _____

Serviço: Terapias Enfº: 300 Leito: 04

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Solicita exame físico

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEO 145476
CRM RN: 6672

Mossoró, 18 de fevereiro de 20 20

Médico que solicita o parecer

PARECER: 34 anos - Linhas ortopédicas. Sem sinais de
fratura de punho radiocarpal do esquerdo.

Ex: Per GT, nos T2 = 13x80mm, Bc 70 bpm

M - Músculos normais, N/A

ECG: Dentro da normalidade

Conclusão: Boas condições físicas

Arturo Rosário da Miranda
Cardiologia / Internista
CRM 4887

18/02/20

17/02/2020 14:50

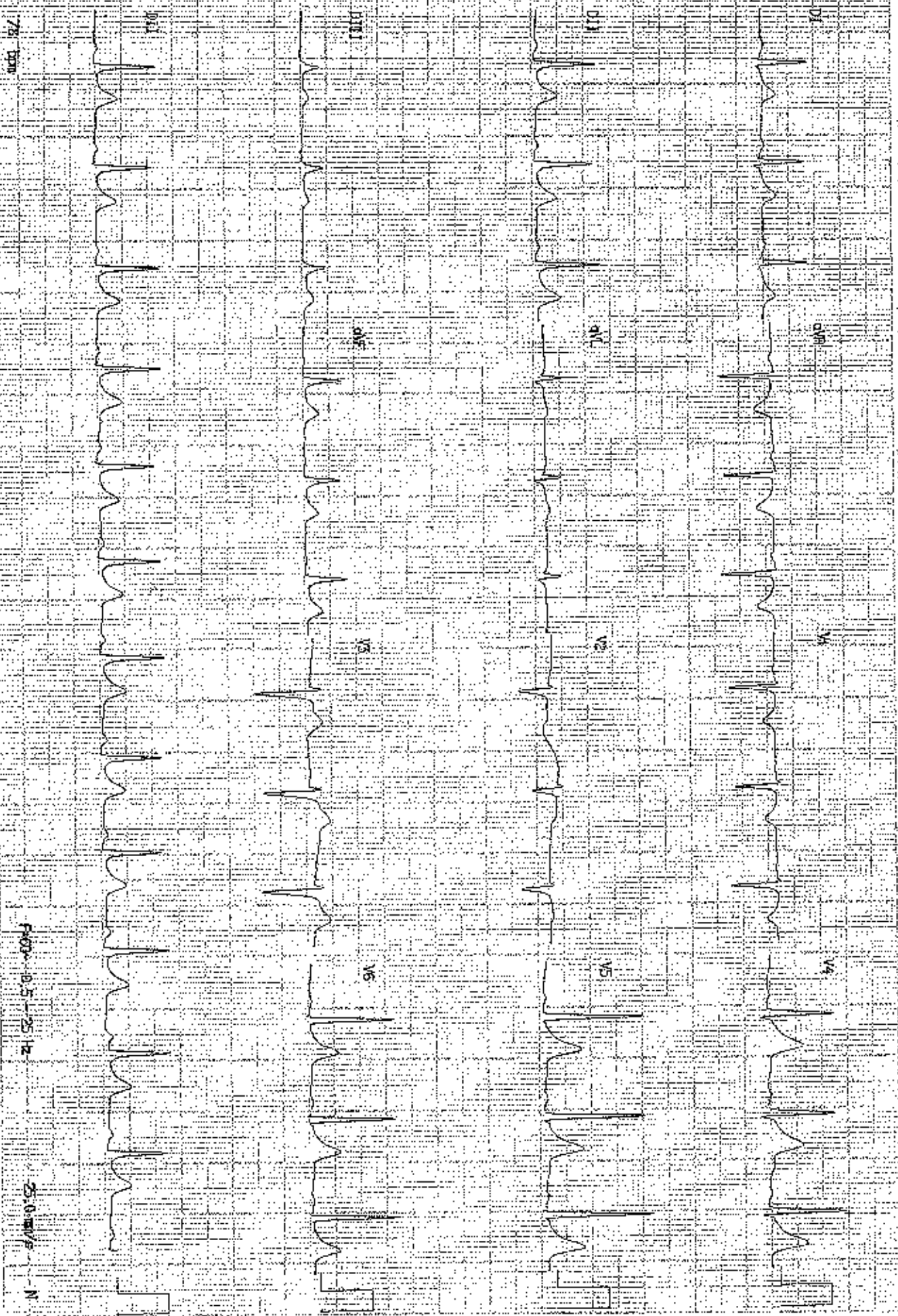
DEPT: JPMH/88C

UT1 HRM

ECG: 12-lead

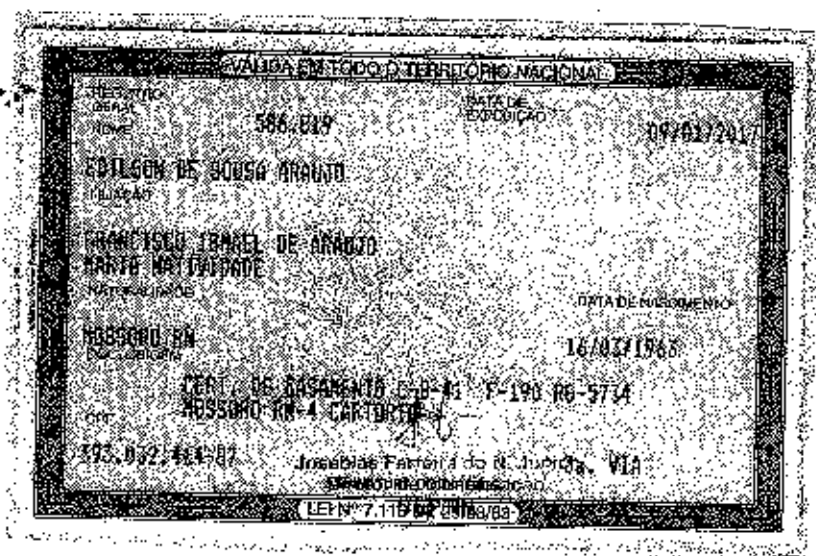
Base

4



PR00-0.5-25 Hz

25.0 mV/s - N



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Cristiano Alves de Araújo, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, Data do Acidente 16/02/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002545335, órgão expedidor
Aper e do CPF: 064869334-43, residente no(a)
Rua Tiberio Bulmar Ave, nº 1723,
bairro: Barrocas, município: Moçoil / PR

OUTORGADO:

Nome: Edilson de Souza Araújo, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro Profissão: Autônomo portador(a) do RG
586 839, órgão expedidor SP e do CPF: 393 032 434 - 87, residente
no(a) Rua Tibério Bulamarque nº
bairro: Barraças, município: Montes / PR

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

M 027016 - Rev 56/03/2020

Local e Data

OFICIO

x Guillermo Andres de Araujo

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

පැවැත්වූ විෂය

M. Vicente Zabala 147 - Centro Museros - E.N. 00000-180 FONE: (34)3317-4300
Télere: 3317-4300

Recepção: 12/01/2020 09:40:50

Autunno per le aziende a Fano

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

En l'absence de réponse

PRIME VIDEO ON BLU-RAY : TWIN LAG

850 DIG: RV20200/44204/05755VHT 0:250

SP-5 (Rev. 1-25-60) (Continued)

END. RS. 03 FCACPN P. 06 FDI-RS 01

AK-107

Country	1950 (%)	1980 (%)
Argentina	10	5
Brazil	25	15
Canada	10	5
China	40	30
France	10	5
Germany	10	5
India	40	30
Italy	10	5
Japan	10	5
Mexico	25	15
Pakistan	40	30
Philippines	25	15
South Africa	10	5
South Korea	10	5
Spain	10	5
Sweden	10	5
Switzerland	10	5
Taiwan	10	5
Thailand	25	15
United Kingdom	10	5
United States	10	5
USSR	10	5
Venezuela	25	15

[illegible]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104



OFFICIO DE NOTAS
CALLE 40 VERDE
SANTO DOMINGO, D.R.
Teléfono 44-111111

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160511/20

Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

CPF: 064.869.114-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON DE SOUSA ARAUJO : 393.032.414-87

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

CRISTIANO ALVES DE ARAUJO : 064.869.114-41

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: 08/06/2020
Nome: EDILSON DE SOUSA ARAUJO
CPF: 393.032.414-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

EDILSON DE SOUSA ARAUJO

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206359

Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON DE SOUSA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206359

Vítima: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON DE SOUSA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: CRISTIANO ALVES DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000057016-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

06486944-43

4 - Nome completo da vítima

Cristiano Alves de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSEP Nº 463/2012

5 - Nome completo:

Cristiano Alves de Araújo

6 - CPF

06486944-43

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Tibério Bulmarque

9 - Número:

3723

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Barrocas

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59621-130

15 - E-mail:

Não possui

16 - Telefone:

(84) 99827-0066

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos do Sico. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA:

3064

CONTA:

57036

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito seqüencial)

(Informar o dígito seqüencial)

(Informar o dígito seqüencial)

(Informar o dígito seqüencial)

Autorizo a Seguradora LIDER 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, o consentimento para a ativação 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 de Laudo Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.154/74), 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 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 não submeter à análise médica pericial, caso necessário, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6.º, 1.º e 2.º.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo de 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 - Grau de parentesco 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 e estado civil:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascimentos (vivos ou não)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando nome, 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.

NÃO AUTORIZAÇÃO

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

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

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)

38 - 3.º | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2.º | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró - RN 16/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA
COMPANHIA CAIXA DE CREDITO
AUTOATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL
DATA: 17/03/2020
TERMINAL: 30641021
HORA: 16:13:19
CONTROLE: 306410210657

CONTAS CREDITADAS: 3064 013.00057018-7
NOME: CRISTIANO ALVES DE A
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5.00
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99960-9618
NÚMERO DO ENVELOPE: 4833042354

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025931/2020-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2020 13:22 Data/Hora Fim: 10/03/2020 13:23
Origem: Data: 10/03/2020
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 16/02/2020 01:15

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Barrocas
Logradouro: Marechal Deodoro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CRISTIANO ALVES DE ARAÚJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/04/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Ajudante Geral
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Teresinha Vieira de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 064.069.114-41

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 1728
Logradouro: Rua Tibério Bulamarque
Bairro: Barrocas
Telefone: (84) 98738-8515 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO EM UMA MOTO, NÃO SABE INFORMAÇÕES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
Descrição Bicicleta	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	- Envolvimentos
Cristiano Alves de Araújo	Proprietário

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jorônimo
Data de Impressão: 10/03/2020 13:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Vine no verso



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025931/2020-A02

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a sua bicicleta na via quando, ao manobrar para acessar uma uma rua, o autor do fato com velocidade excessiva, colidiu a sua moto contra a lateral do seu transporte, em seguida se evadiu do local; Que sofreu queda na via da sua bicicleta; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Heider Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia
Matrícula 1690205

Responsável pelo Atendimento

Cristiano Alves de Araújo

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ante que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Vine - verso

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **064869334-43** 3 - CPF da vítima: **Cristiano** 4 - Nome completo da vítima: **Alves de Araújo**

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

5 - Nome completo: **Cristiano Alves de Araújo** 6 - CPF: **064869334-43**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Endereço: **Rua Tiberio, Bulamarque** 9 - Cidade: **Barrocas** 10 - Complemento: **3 F23**
11 - Bairro: **Barrocas** 12 - Estado: **MA** 13 - CEP: **59621-330**
14 - E-mail: **Não possui** 15 - Telefone: **(84) 99827-0066**

DADOS CADASTRAIS

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: ☒ RECEIÇO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$2.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (138)
AGÊNCIA: **3064** CONTA: **57036**
(Informe o dígito do estado) (Informe o dígito do estado)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o somente a prova de entrega do crédito, quitando 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 impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.259/74), 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 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito sofrido por motivo de fato.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 - Graude Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou algum filho(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou algum filho(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou algum filho(a) vivo? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou algum irmão vivo? ☐ Sim ☐ Não

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

PARA ASSINATURAS

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

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

40 - Local e Data: _____

Monteiro - 16/03/2020
Cristiano Alves de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)