

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02828-2

CONTA: 000000016684-7

Nr. da Autenticação B1C879FE2C3801AF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708149 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS **Data do acidente:** 07/07/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA, COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM EXTENSA ÁREA DE RETRAÇÃO CICATRICAL E ATROFIA MUSCULAR NA REFERIDA PERNA.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002828-2

Conta: 0000016684-7

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



COMPANIA DE ENERGIA ELÉCTRICA • FACTURA • NOTA FISCAL

COSERM

EXPANSÃO EM UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SENADOR DINARTE MAIRIZ 4 CD - CB

CENTRO AREA URBANA
BARAUNA RN
50695-000

7008813030 07/2019

11/07/2019 05/08/2019

142.00

7264 0556 2574 UNCA 04/07/2018

04/07/2018	19-06-ESTIMATE	2504650
------------	----------------	---------

Consumo 2500 (KWH)
Arquiteto Sanders AMARPA
Condição: Rm. Public's Municipality
Multa por atraso: R\$ 10.000,00 - 04/06/19
Juros por atraso: R\$ 2.000,00 - 04/06/19
Aluguel do Rm: R\$ 12.000,00 - 04/06/19
Folha de pagamento - 01/10/19 - 04/06/19

QUANTITY	UNIT	PRICE	TOTAL
100	EA	1.37	137.00
100	EA	0.38	38.00
100	EA	7.02	702.00
100	EA	3.05	305.00
100	EA	0.15	15.00
100	EA	0.08	8.00
100	EA	0.72	72.00

152.06

TOTAL DAFATURN

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA FOLHA FISCAL

DEMONSTRACION DE RESULTADOS						
Nº DE CUESTIONARIO	TIPO DE FABRICA	ANTERIOR		ACTUAL		CONSTANTE AJUSTE
		DATA DE 01/01/1979	LECTURA 3.241,00	DATA DE 01/01/1979	LECTURA 3.442,00	
						1.0000
						1.0000

ESTADO DE FLUXO DE CAIXA		EXERCÍCIO DE 1994		EXERCÍCIO DE 1993	
	1994	1993		1993	1992
Saldo Inicial	120	120	Saldo Inicial	120	120
Saldo Final	912	912	Saldo Final	912	912
MAIS	238	238	MAIS	238	238
100-10	136	136	100-10	136	136

Page 10 220

DATE: 9/1/80
PAGE: 100

2007/13 132
 Q11-18 36

SET 18 30
NOV 18 31

AA 18 30 ☐

NEOSOURCE is a leading provider of information and research services to the business and financial communities. We are currently seeking experienced individuals to join our team. For more information, please visit our website at www.nsource.com. We are an equal opportunity employer. Minorities and women are encouraged to apply.

Este documento é de propriedade da ECT e não deve ser usado para fins comerciais. A ECT não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento.

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (45 a 8 m 29 d)

Nascimento: 09/10/1973

Natural: ACU. BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01032982403

Prof:

Mãe: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59095000

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94784517

Compl:

Motivo (relatado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

07/07/2019 23:04:02

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO EM PERNA ESQUERDA. CONSCIENRE E ORIENTADA DR VICTOR. BARAUNA.

Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, trazida pela ambulância sem protocolos. Previamente atendida no hospital de Barauna, onde foram feitas curativos. Nega vômitos, anorexia, perda do nível de consciência. Refere dor na perna esquerda com ferimento profundo (sic).

A. Vias aéreas patentes + sem cervicalgia + sem color cervical

B. MV presente em AHT sem RA

C. Hemodinamicamente estável, FC: 65 bpm, TEC 12 seg

D. ECG: 15; pupilas isocóricas e fotomneagistas

E. Ferimento em perna esquerda + quemadura em antebraço direito e queimadura em Joelho esquerdo.

Diagn. Inicial: TRAUMA

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

1. Dieta zero

2. Dipirona 500mg/ml, 2ml + 8ml ABD. IV

3. Sutura com fechamento de placas, curativa

4. Avaliação de ortopedia

5. Exame de Raxo X de perna

Observação: Ferimento profundo, 15cm, 1cm de profundidade, com quemadura em antebraço direito e queimadura em Joelho esquerdo. A perna esquerda apresenta ferimento profundo, com quemadura em antebraço direito e queimadura em Joelho esquerdo.

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

CID

Proc.

Data: /19. Hr: : Médico:

*Gerado via SX por SÔNIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 12/07/2019

SAME / ARQUIVO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER EXECUTIVO
GOVERNO DO MUNICÍPIO DE BARAÚNA
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Hospital e Maternidade Francisco Bezerra Sobrinho

CONDUTA
MÉDICA

PACIENTE: EDILEUSA VELOSO DA SILVA DIAS

PAI: MANOEL VELOSO DA SILVA

ENDEREÇO: R. DAVI SERAFIM

EST. CIVIL: CASADO(A)

MÃE: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

NÚMERO: 177

PROFISSÃO: AGRICULTOR(A)

CARTÃO SUS: 000 0000 0000 0000

IDADE: 45

TELEFONE: (84)99205-0035

PRÉ-CONSULTA >>>

PA: 140 x 80 mm PESO: 0

TEMPERATURA:

HGT: 0

SpO₂: 0

FC: 0

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente vem do Consultório
fotografado - foto. Ausente
Lactação. Causa. Com fístula.
Aparelho; origem, U. 6/2

CONDUTA

1. C. fístula

Dr. Victor Hugo do A. Costa
Médico CRM/RN 7178

Nº ATENDIMENTO: 4930867

DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/2019

HORA: 21:44

08:00 - EXAMINAR COM ASERINASE NO BOMBO 65x4002;
AUTORIZANDO POSIÇÃO DE RADIOGRAFIA

Dr. Antônio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.161-RN

12:20, 08/04/19

Realizado procedimento de sutura em lesão profunda de aproximadamente 15cm
na face anterior e lateral da perna esquerda.

- Asserpin
- Antiespasmódico
- Linexa
- Sutura na pele com NYLON 3-0

Prescrição: ① SAT, 5000 UI, IM 12:40
② Prescrição para casa de ANTIBIOTOTERAPIA, ANALGÉSICA E ANTIINFLAMATÓRIA

Alto Cir

RECIBO
DE
PAGO
DE
R\$ 1.000,00
DATA 08/04/19

Romel Vieira
Cirurgia da Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM 6682

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MESSORO 12.03.19

SOME I ANQUINHO

RECIBO DE PAGAMENTO DE R\$ 1.000,00
DATA 08/04/19

RECIBO DE PAGAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

IDENTIFICAD

CONTIN

DETRAN - CE

Nº 013547267829

84326510660

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

NR

013547267829

01 111525341 0000000000

NOME/ENDEREÇO
JOSE ITAMAR DE SOUZA
RUA CONEGO AGOSTINHO, 01564
- CENTRO
52800000 - RUSSAS - CE

CPF/CNPJ 03203781441 PLACA PMJ8422

NOME ANTERIOR
GUEBEO VICENTE DA SILVA

PLACA ANTERIOR 022X0001GHR425963

ESPECÍFICO FMS/MOTOCICLETA MAC APILC COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/VERIGO ENOS ES00 ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CILINDROS/CIL. 2/160/15200 CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
MOTOR: FDOGE1H425963

RUSSAS DATA 08/05/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458573/19

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

CPF: 010.329.824-03

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 07/07/2019

Titular do CPF: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS : 098.083.984-05

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

EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS : 010.329.824-03

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: 18/12/2019
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS
CPF: 098.083.984-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190708149

Vítima: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 07/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA DIAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 030.329.824-03 4 - Nome completo da vítima: Edileuza Veloso da Silva Dias

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

5 - Nome completo: Edileuza Veloso da Silva Dias 6 - CPF: 030.329.824-03
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Senador Dinarte Maia 9 - Número: 9 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Baraúna 13 - Estado: GO 14 - CEP: 59695-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel.(DDD): (84) 99824-0066

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:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2828 2 CONTA: 56.684 7

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, retendo-o e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva

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 residência (viveiros)? ☐ 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 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 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró-RN 16/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edileuza Veloso da Silva Dias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001/002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2019 09:57 Data/Hora Fim: 03/09/2019 10:18
Delegado de Polícia: André Gustavo Videres do Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Baraúna

Data/Hora do Fato: 07/07/2019 21:00

Local do Fato

Município: Baraúna (RN)

Logradouro: NO MOINHO NOVO

Complemento: EM FRENTE AO POSTO DE DENILSON

Bairro: CENTRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Aulo lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ ERIMAR DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN Baraúna

Sexo: Masculino

Nasc: 20/07/1979

Profissão: Marceneiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lúcia Benício Nunes

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1982993

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA GERÔNIMO ROSADO

Nº: 338

Bairro: CENTRO

Telefone: (84) 9654-3970 (Celular)

Nome Civil: EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 09/10/1973

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002005234

Endereço

Município: Baraúna - RN

Logradouro: RUA SENADOR DINARTE MARIZ

Nº: 04

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino



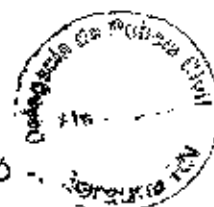
Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Videres do Albuquerque
Impresso por: Fábio Sterfson Torres de Souza
Data de Impressão: 03/09/2019 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039857/2019

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Caminhão/Caminhão Trator
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 032.037.814-41 Placa FMJ8422
Renavam 01115525341 Número do Motor KD08E1H429989
Número do Chassi 9C2KD0810HR429969 Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA UF Veículo Ceará
Município Veículo Russas Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/05/2018 Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Erimar de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRABALHA COMO MOTOTÁXI E QUE NO DIA E HORA CITADO ACIMA ESTAVA FAZENDO UMA CORRIDA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM CAMINHÃO. O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA SEM CAPACETE E QUE SOFREU LESÕES NA PERNA ESQUERDA CONFORME EXAME FÍSICO, E QUE A PASSAGEIRA POR NOME DE EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS SOFREU FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA CONFORME EXAME FÍSICO

ASSINATURAS



Fábio Sterlson Torres de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 169.224-0
Responsável pelo Atendimento

José Erimar de Souza
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para as devidas fins de direito que sou o(a) vítima(s) responsável pelas informações acima assinadas e de fié que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que coligi, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: André Gustavo Viçeres de Albuquerque
Impresso por: Fábio Sterlson Torres de Souza
Data de Impressão: 03/09/2019 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASA: 030329824-03 3 - CPF da vítima: Edileuza Veloso da Silva Dias 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Edileuza Veloso da Silva Dias 6 - CPF: 030.329.824-03

7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Senador Dinarte Mariz 9 - Número: 4 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Baraúna 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59695-000

15 - E-mail: Nao Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Só abrir para os bancos abertos, Assinalar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2828 2 CONTA: 56.684 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valores)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró - RN 06/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: **44308 - EDILEUZA VELOSO DA SILVA DIAS** (45 a 8 m 29 d)

Nascimento: 09/10/1973

Natural: ACU. BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01032982403

Prof:

Mãe: FRANCISCA VELOSO DA SILVA

Pai: MANOEL VELOSO DA SILVA

Logradouro: CICERO RIBEIRO, 105

CEP: 59695000

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

Telefone: 84.94784517

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS:						Classificação: 07/07/2019 23:04:02		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO MOTO COM CORTE CONTUSO EM PERNA ESQUERDA. CONSCIENTE E ORIENTADA DR VICTOR. BARAUNA.

Hora: 23:50

Paciente vítima de colisão moto-moto, sem capote, trazida pela ambulância sem protocolo. Paciente consciente no hospital de Barauna, onde foram feitas anotações. Nega vômitos, orné, etc, perda do nível de consciência. Refere dor na perna esquerda com ferimento profundo (ver).

A. Vias aéreas patentes + sem crepitação + s/ color cervical

B. MV presente em AHT sem RA

C. Hemodinamicamente estável, FC: 65 bpm, TEC 6 seg

D. ECG = 18; pupilas isocóricas e fotoreagentes

E. Ferimento em perna esquerda + quemadura em antebraço direito + quemadura em bolho esquerdo.

Diagn. Inicial: TDAVMA

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. Dietazero			
2. Dipirona 800mg/ml, 2ml + Solu ARD, IV			
3. Sutura com fechamento de planos, curativo			
4. Avaliação da estase			
5. Solução 2% x de perna			
<p><i>Assinatura: Dr. A. C. G. Almeida (E) / 19. Hr. 23:50</i></p> <p><i>Assinatura: Dr. A. C. G. Almeida (E) / 19. Hr. 23:50</i></p> <p><i>Assinatura: Dr. A. C. G. Almeida (E) / 19. Hr. 23:50</i></p>			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Oblto () Interna: (Preencher CID, PROC)
CID _____ Proc. _____ Data: _____ /19. Hr: _____ Médico: _____

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Julho de 2019.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/07/2019

SAME / ARQUIVO

