

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: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANYCLAIR COSMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000022972-6

Nr. da Autenticação 6D18228B1CE3D08D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286145 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286145

Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANYCLAIR COSMO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SANYCLAIR COSMO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000000022972-6

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: 072.587.744.83 3 - CPF da vítima: 072.587.744.83 4 - Nome completo da vítima: Vanderlândia Maria do Nascimento

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

5 - Nome completo: Vanderlândia Maria do Nascimento 6 - CPF: 072.587.744.83
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Olinda 9 - Número: 51 10 - Complemento: CS J
11 - Bairro: Ita São Marcel 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59625-160
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: Sanyclair Carmo da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 012.581.154.83 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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 abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 3226 3 CONTA: 902173 6
(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 realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica 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) ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 25 agosto 2020

x Sanyclair Carmo da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00043339/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/07/2020 14:03:56 Data/Hora Fim: 27/07/2020 14:03:56

Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 10/03/2020 10:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Nova Betânia

Logradouro: avenida joao marcelino

Nº: s/n

Ponto de Referência: em frente a escola abel coelho

/ Tipo do Local: Zona Periurbana

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SANYCLAIR COSMO DA SILVA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 21/11/1978	Idade 41
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Sem Informação		Naturalidade: Mossoró	
Nome da Mãe: ANTONIA ISABEL DA COSTA		Nome do Pai: JOAQUIM COSMO DA SILVA	
Em Serviço: Não			

Documento(s)

RG: 1857235

CPF: 012.581.154-33

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Olinda

Bairro: Alto de São Manoel

Telefone: (84) 8885-4564 (Celular)

Nº: 51

CEP: 59.625-160

Vínculo

Cônjuge

Envolvido(a)

Vanderlandia Maria do Nascimento

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 20/02/1978	Idade 42
Profissão: Aposentado			
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Francisca Sabino de Souza		Nome do Pai: Antonio Matias do Nascimento	

Documento(s)

CPF: 072.587.744-83

Endereço

Município: Mossoró - RN



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00043339/2020

Logradouro: R Olinda
Bairro: Alto de São Manoel

Nº: 51
CEP: 59.625-160

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Cônjuge	SANYCLAIR COSMO DA SILVA	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.581.154-33	Placa QGF8071
Renavam 01079134970	Número do Motor JL1P39FMB15T003428
Número do Chassi 951AXKBE2FB006534	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo RN
Município Veículo Mossoró/RN	Marca/Modelo TRAXX/JL50Q-9
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/03/2020	Situação do Veículo RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
SANYCLAIR COSMO DA SILVA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo sua motocicleta, Que a vítima estava na garupa, Que ao passar em frente ao colégio Abel coelho a vítima se jogou da moto, pois a mesma sofre de depressão, Que na queda a vítima sofreu lesões; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS


José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento


SANYCLAIR COSMO DA SILVA
Comunicante

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

3ª Vara de Família da Comarca de Mossoró

Secretaria Judiciária Unificada das Varas de Família

Alameda das Carnaubeiras, 355 - Presidente Costa e Silva - Mossoró/RN, 59625-410 - (84) 3315-7100

TERMO DE CURATELA DEFINITIVA

Processo nº 0816999-44.2018.8.20.5106 – AÇÃO DE INTERDIÇÃO

Requerente: SANYCLAIR COSMO DA SILVA

Requerido: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Pelo presente termo de compromisso, o(a) Senhor(a) SANYCLAIR COSMO DA SILVA, CPF nº 012.581.154-33, brasileiro(a), a quem foi deferida por sentença, nos autos do processo em epígrafe, a CURATELA DEFINITIVA de VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO, CPF nº 072.587.744-83, brasileiro(a), compromete-se a cumprir fielmente o encargo que lhe é conferido, sujeitando-se às penalidades legais, limitando-se a curatela à prática de atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, não alcançando o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto (art. 85, caput e § 1º, da Lei 13.146/2015), fazendo gerar todos os legais efeitos necessários ao recebimento de benefício do(a) curatelado(a) junto a órgãos previdenciários (INSS, IPERN e outros), bem como assuntos relacionados ao Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Ministério das Comunicações ou quaisquer outras instituições que assim seja necessário para o cumprimento do referido ônus, vedada a venda de bens móveis e imóveis do(a) curatelado(a), devendo o(a) curador(a) nomeado(a) prestar contas em Juízo dos negócios que realizar em nome do(a) curatelado(a). Do que para constar, mandou o(a) MM(a). Juiz(a) lavrar o presente termo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Mossoró/RN, 12 de fevereiro de 2019. Digitado por ALCY ALMEIDA EVANGELISTA – Chefe de Secretaria.

Sanyclair Cosmo da Silva

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

Curador(a) Definitivo(a)

BRENO VALERIO FAUSTO DE MEDEIROS

Juiz(a) de Direito

Documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/2006

(RESERVAÇÃO): Considera-se comprometido o curador a partir da intimação do advogado, Defensoria Pública ou advogados da Prática Jurídica para ciência do Termo de Compromisso de Curatela Definitiva disponibilizado no PJe, assumindo o curador, desde de então, a administração dos bens do curatelado. Não é necessário o comparecimento na Secretaria Judiciária.



Assinado eletronicamente por: BRENO VALERIO FAUSTO DE MEDEIROS
<https://pje.tjrj.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
 ID do documento: 39032851



19021312302856900000037757808



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5107 /2020

Admissão: 10/03/2020 10:19:10

Notificado

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 35387 - VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO (42 a 18 d)

Nascimento: 20/02/1978

Natural: ARACAJU, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700008890865800

CPF: 07258774483

Prof:

Mãe: FRANCISCA SABINO DE SOUZA

Pai: ANTONIO MATIAS DO NASCIMENTO

Logradouro: OLINDA, 51

CEP: 59625160

Bairro: ALTO DE SAO MANOEL

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88854564

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

***Empresa:**

OBS: SAMU - PROTOCOLO

Classificação:						PESO:			
10/03/2020 10:17:28									
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 80		95		22	105			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 42 ANOS, QUEDA DE MOTO (TENTATIVA DE SUICÍDIO SIC SAMU). APRESENTA CERVICALGIA, FX DE CLAVICULA ESQUERDA, MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII. FAZ USO DE ANTIDEPRESSIVO E ANTICONVULSIVANTE. GLASGOW 15.

Dt e Hora: 10:35 Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 30 minutos (tentativa de suicídio) Informa uso de capacet. Nega perda de consciência, náuseas e vômitos. Trazida pelo SAMU, sob protocolo. Nega alergia medicamentosa.

(A) Vias aéreas pervias, com cervicalgia

(B) Snto: 95%. MV: Bilateralmente, sem RA. Sem eritema subcutâneo.

(C) PC: 95. RCR: 2T, BNF, SS. Abd: globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em abd. inferior, RHA+. Palco: estável.

(D) ECG: 113 Pupilas isócoras e reagentes.

(E) Escoriações em pêlo D e pé D e E.

Diagn. inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

Solicitados:

Exames + TC + USG + Rx

*Parceira: Neuro-cirurgia
Ortopedia*

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO

LISTA CONFORME O ORIGINÁRIO

SAME MOSSORO 20/03/2020

SAME / ARQUIVO

(1) fupose ms e

(2) Curativo op.

(3) Sfo, Sx 100-e +

- Dipirone 16

- tramol 100-8

- tilatil 40

10/03/20 - 15:30 horas

Exames + Rx + TC anexos

Sem queixas nem anormalidades no momento

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

CID Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 10 de Março de 2020.

Carimbar

(Assinar e

*Ata da cirurgia
Encaminhar p/ Fisioterapia*

Assinatura

NC (4h)

Cefaleia + mal-estar

Colo, sem dor

TC crânio: sem alterações transitórias

TC coluna C: sem fraturas / deslocamentos

→ Alta de NC

André Lima Batista
Neurocirurgião Endovascular
CRM/RN: 4119

#ORTOPEDIA# 10/03/2020 12:28.

Vítima de acidente motociclístico
com traumatismo de ombro esquerdo e
joelhos.

EF: Dor em clavícula e

escapulações e membros inferiores.

RX: Fratura incompleta e sem desvio de clavícula e

CD: típica m. S.E.
curativos.

21 da de Ortopedia

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7439 TEOT 16086 RQE 3741

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO P. A. A.
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 10/03/2020

SAME / ARQUIVO



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 126

Mossoró 22 de Julho de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário:
VANDERLANIA MARIA DO NASCIMENTO, 42 anos.

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de Moto

Data da Ocorrência: 10/03/2020

Local da ocorrência: Avenida: João Marcelino, Nova Betânia em frente a Escola Abel Coelho

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 10h 04min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima consciente, estável, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Isabel Cristina Nascimento Cosmo, 18 anos**, portador de **RG: 003.120.053**.
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM. SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 405418-3
CRM/RN 14997

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/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)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fibras de clavícula, Enxertos de
Exposita

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pls de sangria

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

Clinico e Imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx clavícula

S12.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

pp fx clavícula

01408010150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO CONTRATO

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() 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)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO

Sanyclair Cosmo da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.857.235

29/07/2019

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

JOAQUIM COSMO DA SILVA
ANTONIA IZABEL DA COSTA

MOSSORO RN

21/11/1978

CERT. DE NASCIMENTO L-0071 F-59 RG-34720
MOSSORO RN-1 CARTORIO

012.591.154-33

2a. VIA

Brigida Zúñiga R. Mendes-Souza

Secretaria de Instituição de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014527588733
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 01079134970 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
SANYCLAIR COSMO DA SILVA

CPF / CNPJ 012.581.154-33 PLACA QGF8071

PLACA ANT / UF QGF8071 / RN CHASSI 951AXKBE2FB006534

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/OUTRO REPTICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO TRAXX/JL50Q-9 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 0CV/49 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 12/03/2019 VENC. / COTAS 1º ISENTO

FAIXA I.P.V.A. 019444 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IDOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JL1P39FMB15T003428 PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MOSSORO/RN DATA 26/04/2019



Carlos Silvestre da Silva
Coordenador do Registro de Veículos

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014527588733 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 26/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 012.581.154-33 PLACA QGF8071

RENAVAM 01079134970 MARCA / MODELO TRAXX/JL50Q-9

ANO FAB. 2015 CAT. TARB. 8 Nº CHASSI 951AXKBE2FB006534

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

08/7/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224518/20

Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 072.587.744-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2020

Titular do CPF: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SANYCLAIR COSMO DA SILVA : 012.581.154-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO : 072.587.744-83

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: 11/08/2020
Nome: SANYCLAIR COSMO DA SILVA
CPF: 012.581.154-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224518/20

Vítima: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 072.587.744-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2020

Titular do CPF: VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SANYCLAIR COSMO DA SILVA : 012.581.154-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

VANDERLANDIA MARIA DO NASCIMENTO : 072.587.744-83

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: 11/08/2020
Nome: SANYCLAIR COSMO DA SILVA
CPF: 012.581.154-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

SANYCLAIR COSMO DA SILVA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA