
Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239522

Vítima: JADIELYSON INACIO DIAS

Data do Acidente: 15/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO FERNANDES DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JADIELYSON INACIO 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, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239522

Vítima: JADIELYSON INACIO DIAS

Data do Acidente: 15/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO FERNANDES DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JADIELYSON INACIO 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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JADIELYSON INACIO DIAS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003470

Conta: 000003168-9

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:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI

3 - CPF da vítima

081.141.414-09

4 - Nome completo da vítima

JADIELYSON INACIO 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

JADIELYSON INACIO DIAS

6 - CPF

081.141.414-09

7 - Profissão

Armazenista

8 - Endereço

Sebastião Inácio Dias

9 - Número

55

10 - Complemento

11 - Bairro

Alto do São Francisco

12 - Cidade

Santa Maria

13 - Estado

RN

14 - CEP

59.464-000

15 - E-mail

leonardoflima.f@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(84) 99630-0833

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 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE 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. Anexe uma cópia)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3470

CONTA: 3188

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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 não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento na indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Se não for o procedimento 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, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data 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

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Entou cliente em situação de emergência, caso tenha, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a condição de beneficiários, sob o risco de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além do que for devido por força do artigo 299 do Código Penal.

35

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

38 - Local e Data, Macaíba, 25 de junho de 2020.

Jadelyson Inácio Dias

Leonardo Fernandes de Lima

A3 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



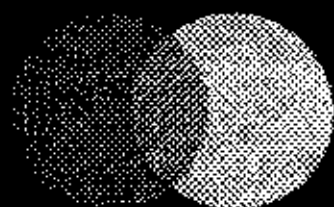
603689 0010 71378 7539

6035

JADIELYSON INACIO DIAS

VALID
THRU 10/24

3470 013 00003168-9



mastercard



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
Delegacia Municipal de Macaíba



Ref. Ocorrência nº 108010211510406838

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **Sob investigação**

Data e Hora do Fato: **15/03/2018 às 06:40**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Rua Br-304 Reta Tabajara, Prox. A Pista Nova Para O Aeroporto, RETA TABAJARA, Macaíba, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

JADIELYSON INACIO DIAS, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 2835791 ITEP/RN, CPF: 081.141.414-09, armazenista, Médico Comp., com 23 anos e nascido aos 24/03/1995, natural de São Paulo do Potengi-RN, filho(a) de Jailton Inacio Dias e de Sonia Maria Dias, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Sebastião Inacio Dias, 55, ALTO DO SÃO FRANCISCO, SANTA MARIA -RN, telefone (84) 99616-8032

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

segundo o comunicante e vítima relata que conduzia pilotando a moto honda CG-150 de cor verde de placa JJX9180-RN de renavan 848313860 de chassi final ... R033123 de propriedade do Sr. Anderson Dias Pereira, QUE vinha como passageiro(carona) seu cunhado o Sr. Anderson Dias Pereira que também ficou lesionado em decorrência do acidente, que a moto era conduzida no sentido Santa Maria RN/Macaíba-RN e ao chegar na Reta tabajara, prox. a pista nova para o aeroporto, foi colidido por um veículo do tipo passeio(santana de cor prata de placa e condutor não identificado) que evadiu-se do local após a colisão, que o veículo vinha no sentido contrario, e ao fazer uma ultrapassagem de risco em passagem continua sem acostamento, colidiu na moto deixando ambos as vítima lesionadas e a moto danificada em diversas partes, QUE as vítimas foram socorridas para a UPA deste município atendidos e liberados, que por não se sentirem bem, os mesmos no mesmo dia procurou atendimento no posto de saúde no seu município de origem: Sta Maria onde foram atendidos, sendo a vítima JADIELYSON encaminhado ao hosp. Walfredo Gurgel em Natal-RN, onde foi atendido e constatado uma lesão na mão esquerda, QUE nada mais disse.

VÍTIMA(S)

1ª vítima: JADIELYSON INACIO DIAS, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 2835791 ITEP/RN, CPF: 081.141.414-09, armazenista, Médico Comp., com 23 anos e nascido aos 24/03/1995, natural de São Paulo do Potengi-RN, filho(a) de Jailton Inacio Dias e de Sonia Maria Dias, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Sebastião Inacio Dias, 55, ALTO DO SÃO FRANCISCO, SANTA MARIA -RN, telefone (84) 99616-8032 2ª vítima: ANDERSON DIAS PEREIRA, brasileira, solteiro(a), R.G. nº 002237620 ITEP/RN, CPF: 109.025.634-59, recepcionista, Médico Comp., com 23 anos e nascido aos 01/08/1994, natural de São Paulo do Potengi-RN, filho(a) de Jose Erivan Pereira da Silva e de Marinalva Pinheiro Dias, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Miguel Batista, 49, CENTRO, SANTA MARIA -RN, telefone (84) 99690-9788

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR (ES)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Nenhum

Autoridade: **Jose Normando Feitosa Lira**

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: Jadilyson Inacio Dias

CONCLUSÃO/REMESSA

Ficam anuladas as versões anteriores: 31/08/2018 10:40:58, 28/03/2018 17:01:17

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Jose Normando Feitosa Lira na Delegacia Municipal de Macaíba e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Macaíba, 22 de Abril de 2019.


Maria Aparecida de Alcantara Silva
Policial Civil
Matrícula: 194.710-9

- (84) 3271-6835

PolOffice
55aea6e62e00b035df549645638ffa02f



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI

3 - CPF da vítima

081.141.414-09

4 - Nome completo da vítima:

JADIELYSON INACIO 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

JADIELYSON INACIO DIAS

7 - Profissão

Armazenista

8 - Endereço

Sebastião Inácio Dias

6 - CPF:

081.141.414-09

9 - Número:

55

10 - Complemento:

11 - Bairro

Alto do São Francisco

12 - Cidade

Santa Maria

13 - Estado

RN

14 - CEP:

59.464-000

15 - E-mail

leonardofilma@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(84) 99830-0833

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

☐ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (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:

AGÊNCIA: 3470

CONTA: 3168

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, 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.

Sob o processo de 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, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contrário do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Chá)

☐ 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(s) (menor(es))?

☐ 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 provierem a documentação exigida, ainda que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da aplicação da pena prevista no artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Macaíba, 25 de Junho de 2020.

Jadelyson Inácio Dias
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leonardo Fernandes de Lima
Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JADIELYSON INACIO DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03470

CONTA: 000000003168-9

Nr. da Autenticação 3CB8797E32D49857

Nº Documento: 2020069453890

ESCRITÓRIO

SANTA MARIA

MATRÍCULA 00945389.0	CLIENTE JADIELYSON INACIO DIAS	CPF/CNPJ: 081.141.414-09	VENCIMENTO 30/06/2020
-------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------------------

INSCRIÇÃO 245.001.245.0300.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SEBASTIAO INACIO DIAS, N, 55 - SANTA MARIA SANTA MARIA RN 59464-000	ROTA DE ENTREGA 03.5130	FATURA 06/2020
-----------------------------------	---	-------------------------	-------------------

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
-------------	-----------------------	----------------	---------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS 05/2020 - 10 04/2020 - 11 03/2020 - 6-L.C. 02/2020 - 7-L.C. 01/2020 - 15-L.C. 12/2019 - 0 ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR 1 10 R 5308	LEITURA ANTERIOR ATUAL 338 348 11/05/2020 10/06/2020	CONSUMO (M³) DIAS 10 30	CONSUMO/DIA (M³) 0,34
---	---	--	------------------------------------

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA PARCELAMENTO DE DEBITOS - PARCELA 6/12 MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2020 JUROS DE MORA 04/2020 03/2020 DESCONTO ACRES.IMPON 11/2019	10 M3	43,77 70,22 2,24 2,32 1,92

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	43,77	1,65	0,72
COFINS	43,77	7,60	3,33

Os acréscimos devidos (atualização monetária, juros de mora e multa por atraso), decorrentes do pagamento em atraso, serão cobrados na fatura seguinte. **TOTAL R\$ 116,63**

INFORMO QUE JA ESTA DISPONIBILIZADO O RELATORIO ANUAL DE QUALIDADE DE AGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGENCIA VIRTUAL/ DECLARAMOS NAO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019 - LEI 12007/09

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA (Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).					
GERÊNCIA REGIONAL: REGIONAL MATO GRANDE			Mês/Ano: 05/2020		
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos	2,51	6,60	100,00	1,25	

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 29/06/2020

	MATRÍCULA 00945389.0	INSCRIÇÃO 245.001.245.0300.000	ROTA DE ENTREGA 03.5130	FATURA 06/2020	NÃO RECEBER APÓS 30/09/2020
--	-------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 30/06/2020	VALOR R\$ 116,63
--------------------------	---------------------

GRUPO: 7

FIRMA: 37

82660000001-0 16630006245-1 00945389001-5 06202030003-4

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



LIMITE DE CRÉDITO
Quanto você pode gastar no cartão R\$ **1.000,00**
compras à vista

NÚMERO DA SORTE

Adquira nossos Seguros ou Assistências e concorra a R\$ 10.000 por mês. Saiba mais com a nossa Central de Atendimento.

ENCARGOS FINANCEIROS

Multa por atraso	2 % a.m.
Encargos contratuais no período	21,99 % a.m.
Encargos máximos próximo período	21,99 % a.m.
Custo efetivo total	1.022,74 % a.a.
Encargos saque próximo período	14,99 %
Juros de Mora	1 % a.m.
IOF Adicional	0,38 %
IOF Financiamento	0,0082 % a.d.

Vencimento: 15/05/2020
SEXTA-FEIRA

FATURA ANTERIOR

Total a pagar
R\$ **500,59**

Créditos
R\$ **0,00**

FATURA ATUAL

Saldo da fatura anterior
R\$ **500,59 (X)**

Compras e Débitos
R\$ **456,46 (Y)**

Total a pagar dessa fatura

R\$957,05 (X)+(Y)

TOTAL A PAGAR

R\$957,05

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 507,77

PARCELAMENTO

15x de R\$ 87,76

Total: R\$ 1.316,40
Juros: 4,99% a.m.

LEONARDO F LIMA

6281XX.XXXXXX.0154

Data	Histórico	Parcela	Valor (R\$)
-	Total da fatura anterior		500,59
28/01	Refinanciamento Fatura Parc.5/8		161,02
27/03	Refinanciamento Fatura Parc.3/6		144,62
22/04	Tarifa Desp. Cobrança		12,99
04/05	Anuidade Diferenciada		9,99
04/05	ENCARGOS FINANCEIROS		110,08
04/05	Juros de Mora		5,00
04/05	MULTA		12,76
Total			957,05

OUTRAS OPÇÕES DE PARCELAMENTO

A 12x de R\$ 102,79
Total: R\$ 1.233,48
Juros: 4,99% a.m.

B 10x de R\$ 117,99
Total: R\$ 1.179,90
Juros: 4,99% a.m.

C 8x de R\$ 140,98
Total: R\$ 1.127,84
Juros: 4,99% a.m.

D 6x de R\$ 179,54
Total: R\$ 1.077,24
Juros: 4,99% a.m.

- Para aderir aos outros parcelamentos ofertados deve ser pago o valor exato da entrada (inclusive os centavos).
- Caso queira antecipar parcelas, com desconto proporcional dos juros, entre em contato com nosso atendimento.
- Verifique disponibilidade de outros planos de parcelamento entrando em contato com nosso atendimento.



Fale com nossos atendentes e conheça todos os benefícios de ser nosso cliente acessando o site:

www.fortbrasil.com.br



Bradesco

237-2

23792.36702 90300.610772 40000.160503 9 00000000000000

Local de Pagamento PARA SUA COMODIDADE, PAGUE PREFERENCIALMENTE NA LOJA EM QUE VOCÊ FEZ O CARTÃO OU EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA.					Vencimento 15/05/2020
Beneficiário FIDC FORTBRASIL - 29.665.263/0001-00 - Av. das Americas,3434, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ					Agência / Código Beneficiário 2367 / 1605-5
Data do Documento 04/05/2020	Número do Documento 3006107740	Espécie Doc. DM	Assinatura N	Data de Emissão 04/05/2020	Nosso número 09 / 030061077404
Nº da conta/Respo.	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor Moeda	(=) Valor do documento 957,05
INSTRUÇÕES Ao Caixa: Receber independentemente do valor. Não receber pagamentos com cheques. Ao Cliente: Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, pague qualquer valor entre o mínimo e o total e, nesse caso, estará financiando sua fatura com incidência de encargos que serão cobrados na próxima fatura. Pagamentos inferiores ao mínimo ou após o vencimento incidirão multa, encargos de mora e financiamento na próxima fatura além de bloqueio dos cartões vinculados ao mesmo CPF, ações de cobrança e registro no SPC. Verifique a disponibilidade do parcelamento de fatura. Para contratar, pague o valor exato da opção escolhida. Após 15 dias de atraso, pague na loja* ou no BRADESCO. * Verifique disponibilidade "Os direitos de crédito oriundos desta fatura foram cedidos ao fundo de investimento em direitos creditórios FortBrasil."					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções
					(-) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor cobrado

Pagador
LEONARDO FERNANDES DE LIMA CPF: 092.397.964-60
RUA BELA VISTA, 196
PAJUCARA
59123355 NATAL - RN

Ficha de Compensação AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO FERNANDES DA SILVA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.397.964, 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JADIELYSON INACIO DIAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.141.414, 29
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JADIELYSON INACIO DIAS
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.141.414, 09 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

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

Endereço: <u>RUA BELA VISTA</u>	Número: <u>196</u>	Complemento: <u>LOT. NOVA REPUBLICA</u>
Bairro: <u>PAZ GUARA</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>LEONARDOFLIMA.LF@Gmail.com</u>	CEP: <u>59.123-355</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 93898-8793</u>

Local e Data: Natal, 06 de JUL de 2020

LEONARDO FERNANDES DA SILVA
Assinatura do Declarante

016



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 010403.18-3

MATRICULA: 2018.01597-9 DATA: 15/03/2018
NOME: JADIELYSON INACIO DIAS HORA: 07:29:31
IDADE: 22 (a) e 11 (m) DATA DE NASC.: 24/03/1995 NOME DA MÃE: SONIA MARIA DIAS
SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 99616-8032 COR: BRANCO ESTADO CIVIL: CASADO
RG: 2.835.791 EMISSÃO: 26/11/2014 CPF: 081.141.414-09 CARTÃO SUS: 700009566667803
PROFISSÃO: ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
END.: RUA SEBASTIAO INACIO DIAS, nº 55
BAIRRO: CENTRO ZONA: CIDADE: SANTA MARIA
PONTO DE REFERÊNCIA: PROX. AO DEPOSITO MM CEP:
ACOMPANHANTE: CUNHADO ANDERSON

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSE

HÁ QUANTO TEMPO: 15/03/2018

DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM() NÃO(X) SOCIALMENTE()

ALERGIA: SIM() NÃO(X)

GESTANTE: SIM() NÃO(X)

TABAGISTA: SIM() NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM(x) NÃO() QUAL:

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM() NÃO(x) QUAL:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE JOVEM CONSCIENTE ORIENTADO DEAMBULANDO RELATA QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSE

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 07:28 TA: 140,0x80,0 PULSO: ALTURA: PESO:
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:
ESCALA DE DOR: (x) 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
ENFERMEIRA: KAMILA ROBERTA MEDEIROS FELIX

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

Trauma - MSE

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Trauma

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: ea714a9af5767a49c5d759e8772d0e5e

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUIZIO ALVES
Av. Estrada de Jundiá, 100
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

Página: 1



Assinado eletronicamente por: THIAGO DE SOUZA BARRETO - 02/11/2019 15:21:52

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110215215207000000048733694

Número do documento: 19110215215207000000048733694

Num. 50468628 - Pág. 1

016



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	ASS/CARIMBO (ENFERMAGEM)
15/03/2018	08:17	Doradon 4uf - 01ap	
		Aspirina - 01ap	
		IN amon - 03C	
	08:29	Volteron 750 - 01ap	

ADMISSÃO ENFERMAGEM	CONTROLE DE PA E HGT					
	DATA	TEMP.	HORA	PA	HGT TESTE GLICÊMICO	ASS.
Paciente consciente, orientado em O2 ambiente, medicação conforme prescrição médica.						

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

() SUTURA () LAVAGEM GÁSTRICA () RETIRADA DE PONTOS () CURATIVO PEQUENO () CURATIVO GRANDE

ALTA DO PACIENTE			LIB. APÓS PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	
☐ TRANSFERÊNCIA PARA _____ ☐ A REVELIA ☐ POR ÓBITO: () SVO () ITEP () D.O _____ ☒ MÉDICA			DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ ASSINATURA: _____	
DATA	HORA	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO	DATA E HORA DA SAÍDA DA UNIDADE	
15/3/2018	09:36	Dr. Marta Pina Tavares Médica CRM 153499	ASS.: _____ DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE ASS.: _____	

Autenticação: ea714a9af5767a49c5d759e8772d0e5e

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUIZIO ALVES
Av. Estrada de Jundiaí, 100
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

Página: 2





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 13030 /2018

Admissão: 19/03/2018 11:27:59



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 66149 - JADIELYSON INACIO DIAS (22 a 11 m 26 d)

Nascimento: 24/03/1995 Natural: SAO PAULO DO POTENGI, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700009566667803

CPF: 08114141409

Prof:

Mãe: SONIA MARIA DIAS

Pai: JAILTON INACIO DIAS

Logradouro: SEBASTIAO INACIO DIAS, 55

CEP: 59464000

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTA MARIA

Telefone: 84.996168032

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: 40 DEFORMIDADE

Classificação: 19/03/2018 11:22:24

REGULADO POR DR CARLOS PINTO

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DEFORMIDADE EM MSE

Hora: _____

*Queda de moto com lesões no
punho / mão esquerda.*

EXAME FISICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

RAIOS-X
Realizado em: 19/03/18
Técnico: _____



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

19/03/18

HORA:

12:20H

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Assinatura e Carimbo do Responsável

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia – CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JADIELYSON INACIO DIAS

Solicito:

Tomografia punho Esquerdo

Diagnóstico: Fratura-luxação carpometacárpica 2 raio? Com componente do trapézio

COM MÁXIMA URGÊNCIA!!!!!!

Complicação de sequela permanente

Necessita correção cirúrgica URGENTE!

14.05.18

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200



PAC: JADIELYSON INACIO DIAS
EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 17/04/2018

Data do Atendimento: 17/04/2018 - 10:55	Código:
Recepção: RICARDO EMMANUE	
Paciente: 82677 - JADIELYSON INACIO DIAS	
Convênio: ION - AMBULATORIO - 700009566667803	

Laudo Médico

SINAIS CLINICOS: TRAUMA, DOR E DEFORMIDADE DO PUNHO

EXAME: RX MÃO AP/P FRATURA DO PUNHO - TRAPÉZIO

DIAGNÓSTICO CID: S62.8 FRATURA DO TRAPÉZIO

**TRATAMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA
LUVA GESSADA**

SOLICITO AVALIAÇÃO PERICIAL PARA AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS

Dr. Ricardo Emmanuel M. Mattar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3357 - TEOT 12425



 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado de Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	ATESTADO MÉDICO
	ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a) JADIELYSON

INACIA DAIS

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 12:30 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 40 (quarenta) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

S62.1. (Trapezi)

Local e data

Natal, 19/03/18

Assinatura e carimbo do profissional


 Thiago de Souza Barreto
 CRM 199.000.000.000

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Jadicleyson I. Dias

foi examinado nesta Unidade às _____, horas necessitando
de 03 (três) dias de afastamento do trabalho, a partir desta
data. 123.4

S. Maria, 15/03/18
Localidade e Data

Maria Djalma E. Silvestre
MÉDICA
CRM/RN 5231

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº. 60.501 de 14/03/67 e será expedido pela justificativa de 1 à 15 dias de afastamento do trabalho.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME _____

MATRÍCULA _____

*Diagnóstico:**Fratura do Terceiro Dígito**Ambulatório de Ortopedia**Dr. Hélio Rubens**Hospital Monsenhor*DATA 11 / 11 / 2019

MÉDICO - CRM _____

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.





PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES

AV. Mônica Dantas S/N Centro: Macaíba- RN Tel.: 3271-6500
CNPJ: 11.303.093/0001-40

RECEITUÁRIO

NOME:

Yachelysane Inacio

Dicas

Soluções:

Rx de pulso
e mão e

HT = normal

DATA:

15/3/2018

Médico - CRM

Drª Marta Lima Tavares
Médica
CRM 1534





RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO
REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
RUA SANTA MARIA, 219 - CENTRO

**FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO**

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE		ESPECIALIDADE <i>ortopedista</i>	
NOME DO PACIENTE <i>Andelison T. Dias</i>		DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M () F ()	CPF	IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

fratura trocãter a 60°

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID <i>Maria Djalza E. MELO</i>	PRIORIDADE
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>S. Lúcia</i>	MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>DR. HELIO RUBENS</i>	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE <i>ambulatório ortopedista</i>	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DE ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR. <i>DR. Helio Rubens</i>	DIA	HORA

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA**

NOME DO PACIENTE		CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO		CID
CONDUTA ADOTADA		
MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)		LOCAL E DATA

A ficha de Contra-referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: JADIELYSON INACIO DIAS ORTOPEDIA

Cód. Paciente: 1472

DN: 24/03/1995

Idade: 23 ano (s);

Data Exame: 21/05/2018 - 11:19

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Técnica:

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

Análise:

Múltiplas fraturas cominutivas dos ossos do carpo (trapézio, captato e hamato), com desvio significativo dos fragmentos).

Fratura longitudinal da falange medial do quarto metacarpo.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudo gerado no dia: 23/05/2018 17:36. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **hxclZuQR** para acesso.

Laudado Por:

Dr. Roberto Rômulo de Medeiros Souza

CRM-RN 9093





JARDIELYSON INACIO DIAS , : DX from 19/3/2018





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: JADIELYSON INACIO DIAS ORTOPEDIA

Cód. Paciente: 1472

DN: 24/03/1995

Idade: 23 ano (s);

Data Exame: 21/05/2018 - 11:19

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Técnica:

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares.

Análise:

Múltiplas fraturas cominutivas dos ossos do carpo (trapézio, capitato e hamato), com desvio significativo dos fragmentos).

Fratura longitudinal da falange medial do quarto metacarpo.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Lauda gerado no dia: 23/05/2018 17:38. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wberad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **hxdtZuQR** para acesso.

Laudado Por:

Dr. Roberto Rômulo de Medeiros Souza

CRM-RN 9093



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1760606055

PROIBIDO PLASTIFICAR
1760606055

NOME
LEONARDO FERNANDES DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1851411 ITEP RN

CPF
092.397.964-60

DATA NASCIMENTO
15/11/1991

FILIAÇÃO
FRANCISCO JUNIOR DE LIMA
ZENEIDE FERNANDES LIMA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04985053244

VALIDADE
28/03/2024

1ª HABILITAÇÃO
15/07/2010

OBSERVAÇÕES
EAM

Leonardo Fernandes de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

Octávio Santiago Filho
Octávio Santiago Filho
Diretor Geral - Detran/RN
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO
29/03/2019

08638447803
RN7054460746

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

JADIELYSON INACIO DIAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

2835791 ITEP RN

CPF

081.141.414-09

DATA NASCIMENTO

24/03/1995

FILIAÇÃO

JAILTON INACIO DIAS

SONIA MARIA DIAS

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06242007336

VALIDADE

12/11/2024

1ª HABILITAÇÃO

26/11/2014

OBSERVAÇÕES

A

EAR

JadIELyson Inacio Dias

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

NATAL, RN

DATA EMISSÃO

17/02/2020

Jonielson Pereira de Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

ASSINATURA DO EMISSOR

68474236587
RN706725948

RIO GRANDE DO NORTE

DENATRAN

CONTRAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1933019431

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933019431

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

SETRAN - RN Nº 014100018882
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Placa: 004-004-004-004
1 004031000000 004031000000 2018

VEÍCULO: 004031000000

004-004-004-004

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000 004031000000 004031000000

004031000000 004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

RN Nº 014100018882 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguredosidbr.com.br
SAC DPVAT 800 022 1084

004031000000

004031000000

004031000000 004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

PRÊMIO TARIFÁRIO

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

004031000000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 06.944.888/0001-06

004031000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200239522 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JADIELYSON INACIO DIAS **Data do acidente:** 15/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TRAPÉZIO, CAPTATO, HAMATO ESQUERDO E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. PÁG 16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO ESQUERDA.

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 RESIDUAL DE MÃO ESQUERDA.

**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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JADIELYSON INACIO DIAS, brasileiro, casado, armazenista, Data do Acidente: 15/03/2018, Cobertura: invalidez, portador do RG nº 2.835.791-SSP/RN e inscrito no CPF sob o nº 081.141.414-09, residente na Rua Sebastião Inácio Dias, 55, Alto do São Francisco, Santa Maria/RN CEP 59.464-000.

OUTORGADOS: LEONARDO FERNANDES DE LIMA, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador da cédula de identidade nº 1.851.411 SSP/RN, e inscrito no CPF sob o nº 092.397.964-60 domiciliado a Rua Bela Vista, nº 196, Loteamento Nova República, Pajuçara, Natal/RN - CEP: 59.123-355.

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, 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.

Santa Maria; 25 de Junho 2020

Local e Data

Jadielyson Inácio Dias

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187635/20

Vítima: JADIELYSON INACIO DIAS

CPF: 081.141.414-09

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JADIELYSON INACIO DIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LEONARDO FERNANDES DE LIMA : 092.397.964-60

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

JADIELYSON INACIO DIAS : 081.141.414-09

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: 06/07/2020
Nome: LEONARDO FERNANDES DE LIMA
CPF: 092.397.964-60

LEONARDO FERNANDES DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA