



Número: **0814084-51.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **16/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLOS EDUARDO DE SOUZA (AUTOR)	ALISON MAX MELO E SILVA (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62422 584	05/11/2020 09:56	<u>2762129_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200286599 **Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE SOUZA

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, contados 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

Pag. 00791/00792 - carta_01 - INVALIDEZ



00020396

Carta nº 16027101



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:56:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509560882600000059866337>
Número do documento: 20110509560882600000059866337

Num. 62422584 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200286599 **Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA**

Data do Acidente: 11/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 00539/00540 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL
3200286599

CPF da Vítima
702.930.334-20

Nome completo da vítima
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CARLOS EDUARDO DE SOUZA	CPF titular da conta 702.930.334-20	Profissão ENCANADOR
Endereço RUA JOÃO NEPOMUCENO DE MOURA	Número 1118	Complemento CASA 01
Bairro ALTO DO SUMARÉ	Cidade MOSSORÓ	Estado RN
Email ALISONMELA2006@HOTMAIL.COM	Telefone (DDD) (84) 9 9848-7179	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar digito se existir)	D/V _____ (Informar digito se existir)	CONTA NRO. _____ (Informar digito se existir)	D/V _____ (Informar digito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome BANCO DO BRASIL	NRO 001	AGÊNCIA NRO. 0036	D/V 1 (Informar digito se existir)
CONTA NRO. 107.065	D/V 7 (Informar digito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoró - RN, 24 de AGOSTO de 2020
Local e Data

Carlos Eduardo de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima: 702.930.334-20** 4 - Nome completo da vítima: **CARLOS EDUARDO DE SOUZA**

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO DE SOUZA	6 - CPF: 702.930.334-20		
7 - Profissão: ENCALHADOR	8 - Endereço: RUA SOBRE NEPOMUCENO DE MORAES	9 - Número: 1118	10 - Complemento: CASA 01
11 - Bairro: ALTOS SUMARÉ	12 - Cidade: MOSSORÓ	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.633-630
15 - E-mail: ALISON.MELO.ADV@HOTMAIL.COM		16 - Tel.(DDD): 84	17 - Tel.(DDD): 29848-7179

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0036**

CONTA: **107.065**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0036**

CONTA: **107.065**

(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu à ^{na} nasceu (não nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Mossoró - RN, 28 de JULHO de 2020**

Carlos Edimundo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

10/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	------------------------------------------------------

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e é incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da Indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da Indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da Indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	----------------------------------------	--------------------------------------------------------

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Aplicar a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, menor e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe cópia do ínteriro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1 ^ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 ^ª testemunha.
39	2 ^ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 ^ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da Indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Dns 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 95



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:56:09

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011050956088260000059866337>

Número do documento: 2011050956088260000059866337

Num. 62422584 - Pág. 5

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022743
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 01/06/2020 21:05:57

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2020 00:00:00
2.3 Número: 3414
2.5 Complemento: MOSSORÓ
2.7 Bairro: BOM JARDIM
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV ALBERTO MARANHÃO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: CONVENIÊNCIA DA LOUDINHA

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
3.3 Etnia: PARDO
3.5 Mãe: DIÔNEIDE VIEIRA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade: BRASIL
3.13 Profissão: ENCANADOR
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 1146
3.19 Bairro: ALTO DO SUMARÉ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: GENILDO BERNARDINO DE SOUZA

3.6 Data de Nascimento: 29/03/1996

3.8 RG: Não informado

3.10 Passaporte: 702 830 334 20

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.14 E-Mail: LISAMYRELLY9248@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA JOÃO NEPONUCENO DE MOURA

3.18 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

As 7:00 estava indo pro trabalho de moto com placa NNX4H69 pela Av Alberto Maranhão perto da conveniência da loudinha no bairros bom Jardim venho a coledir com um carro quebrando o ferro fui socorrido pelo Samu e levado pro hospital regional Tarcísio maia.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

Q(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Data: 01/06/2020 21:15:35

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGIACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2^º DRP DE MOSSORÓ.



Atendimento: 1891368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 15/06/2020 11:16:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **702.930.334-20** 4 - Nome completo da vítima: **CARLOS EDUARDO DE SOUZA**

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO DE SOUZA	6 - CPF: 702.930.334-20		
7 - Profissão: ENCALHADOR	8 - Endereço: RUA SOBRE NEPOMUCENO DE MORAES	9 - Número: 1118	10 - Complemento: CASA 01
11 - Bairro: ALTOS SUMARÉ	12 - Cidade: MOSSORÓ	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.633-630
15 - E-mail: ALISON.MELO.ADV@HOTMAIL.COM		16 - Tel.(DDD): 84	17 - Tel.(DDD): 29848-7179

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: **0036**

CONTA: **107.065**

(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu à ^{nascer} <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Mossoró - RN, 28 de JULHO de 2020**

Carlos Edimundo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

10/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	------------------------------------------------------

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e é incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da Indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da Indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da Indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	----------------------------------------	--------------------------------------------------------

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, menor e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe cópia do ínteriro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1 ^º testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 ^º testemunha.
39	2 ^º testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 ^º testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da Indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Dns 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 95

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: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000107065-7

Nr. da Autenticação D8FC139B37BB6FCC



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:56:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509560882600000059866337>
Número do documento: 20110509560882600000059866337

Num. 62422584 - Pág. 9



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

CARLOS EDUARDO DA SILVA
LUNA MEDIS

ATÉSIS PÓS O DEVIOS
FINS. TUBO O POUQUETE
AMBIENTES ASSINTOIS DE
FEMELA. A GUARDA
GUARDA. JUNIOR
DEPARTAMENTO DE
ME 380 (CENS + CENS)
DHS.
SP2.2

11/05/20

Diretoria de Liderança
Gestão, RN 1406
RQE/2004
TEOT/15462



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 8251 /2020

Admissão: 11/05/2020 07:36:26

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 60815 - CARLOS EDUARDO DE SOUZA (24 a 1 m 13 d)

Nascimento: 29/03/1996 Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 706804795989520

CPF: 70293033420

Prof:

Mãe: DIONEIDE VIEIRA DA SILVA

Pai: GENILDO BERNARDINO DE SOUZA

Logradouro: JOAO NEPONUCENO DE MOURA, 4

CEP: 59633690 Bairro: ALTO DO SUMARE

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.33153390

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: VIA PÚBLICA, SAMU						Classificação:		PESO:	
						11/05/2020 07:33:17			
HORA	P.A	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
160 90			99		20	62			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 24 ANOS, COLISÃO MOTO CARRO EM PERCURSO DE TRABALHO, APRESENTA DEFORMIDADE EM MID, PROVÁVEL FRATURA DE FEMUR.

Dt e Hora: 11:40 AM. Bacia e Vértebrae devido ao impacto do carro. Ainda sente dor no lado direito. Sintomas de dor e desconforto.

1. - Vida e morte devido ao impacto do carro.

2. - Mão direita com dor e desconforto.

3. - Mão direita com dor e desconforto.

4. - Dor no lado direito.

5. - Dor no lado direito.

6. - Dor no lado direito.

Diagn. Inicial: Fratura de fêmur de 1/3 de 1/3.

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. - Doloroso 1000 ml.	1000 ml.		
2. - S. Nitroglucos 1000 ml.	1000 ml.		
3. - F. U. 250 ml. 4x100 ml.	4x100 ml.		
4. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
5. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
6. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
7. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
8. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
9. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
10. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
11. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
12. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
13. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
14. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
15. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
16. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
17. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
18. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
19. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
20. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
21. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
22. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
23. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
24. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
25. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
26. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
27. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
28. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
29. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
30. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
31. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
32. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
33. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
34. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
35. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
36. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
37. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
38. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
39. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
40. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
41. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
42. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
43. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
44. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
45. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
46. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
47. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
48. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
49. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
50. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
51. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
52. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
53. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
54. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
55. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
56. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
57. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
58. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
59. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
60. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
61. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
62. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
63. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
64. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
65. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
66. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
67. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
68. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
69. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
70. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
71. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
72. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
73. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
74. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
75. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
76. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
77. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
78. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
79. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
80. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
81. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
82. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
83. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
84. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
85. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
86. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
87. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
88. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
89. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
90. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
91. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
92. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
93. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
94. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
95. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
96. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
97. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
98. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
99. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
100. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
101. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
102. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
103. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
104. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
105. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
106. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
107. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
108. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
109. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
110. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
111. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
112. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
113. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
114. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
115. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
116. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
117. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
118. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
119. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
120. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
121. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
122. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
123. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
124. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
125. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
126. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
127. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
128. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
129. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
130. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
131. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
132. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
133. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
134. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
135. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
136. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
137. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
138. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
139. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
140. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
141. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
142. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
143. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
144. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
145. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
146. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
147. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
148. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
149. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
150. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
151. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
152. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
153. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
154. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
155. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
156. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
157. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
158. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
159. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
160. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
161. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
162. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
163. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
164. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
165. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
166. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
167. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
168. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
169. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
170. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
171. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
172. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
173. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
174. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
175. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
176. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
177. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
178. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
179. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
180. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
181. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
182. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
183. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
184. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
185. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
186. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
187. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
188. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
189. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
190. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
191. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
192. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
193. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
194. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
195. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.		
196. - F. C. 600 ml. 100 ml.	100 ml.	</	

8:45h

ORTOPEDIA: Patrões 11fr fechado fémur
e fcc para (falsa) D.
internos, int. dist. traçado regular e
moldaram para op. e fixado bêncos
da cintura geral.

CID: 572

Dr. Rodrigo Vales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir. do Joelho
CRM-PN 4759 TEOT - 11 724

CAO:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MEIRA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/05/2020

SAME / ARQUIVO



Prontuário: 213236



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **CARLOS EDUARDO DE SOUZA** (Fia: 2192/2020), CPF:70293033420.

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

Mossoró/RN, 11 de Maio de 2020.

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 25/05/20

Livia
Assinatura

MONTADO DE VIGILÂNCIA
ESTADUAL DO HOSPITAL
REG. TARCISIO MAIA

26/05/2020
Livia

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

13/05/2020
SAME/ARQUIVO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO			
CARLOS EDUARDO DE SOUZA (8 - 2192/2020)	213236			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR	10,1 - ETNIA
706804795989520	29/03/1996	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	PARDA	
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO	Nº DO TELEFONE		
DIONEIDE VIEIRA DA SILVA	DDD 84	33153390		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO	Nº DO TELEFONE		
CARLOS EDUARDO DE SOUZA	DDD 84	33153390		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
JOAO NEPONUCENO DE MOURA, 4 - ALTO DO SUMARE	240800	RN	59633690	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX FEVER DISP^SDISP^S

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

RES ALGMAVUL

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

FRATURAS ENVOLVENDO TORAX COM PARTE INFERIOR DO DORSO E PELVE COM MEMBRO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 8409050233

29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO 32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

MED 2 () CNS (X) CPF 02340033403

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

RODRIGO JALES BARRETO 11/05/2020

PROCEDIMENTO SOLICITADO

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURODORA 40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNPJ DA EMPRESA 44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 48 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

LIGINEY LINO DE OLIVEIRA 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(X) CNS () CPF 980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSIN. E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMAE MOSSORÓ

SAMAE / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Name: Carlys Foxhounds do. 5920 Reg No.

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Femur (D) + Fratura perônica

Indicação terapêutica: _____ (D)

traceal denticle

INTERVENÇÃO

Início: _____ *Fim:* _____ *Duração:* _____

Operador Jr. Golgo

1^a Auxiliar: o g

2^a Auxiliar: _____

3^a Auxiliar: _____

Instrumentador.

INTERVENÇÃO

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

Previsão Operacional - Potencial de Contaminação

① parceria em 16 est. do Brasil com a Avesa

④ Osteoplastic + antibiotic + campus

② Wmngs 600 chromatite corona SF. 0.97 (6h)

④ Sutura de pole nylon 2,0

3) *Fragaria ananassa* (L.) Duch. - Fragaria

(4) *Crotalus cerastes* P. 1903
1903
1903

Dr. Igo Walewski M.D. D.P.M.
ORTHOPEDIC SURGEON
COLUMBUS, OHIO

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MARIA
ESTA CONFORME AO ORIGINAL
CÂMERA MOSSORÓ

SAME / APPROX



300 fundadas
300 unidas

0.3 mm thick
0.3 papers

Journal of CLIMATE

weis 27. Maig 1933

3. 10

03 ~~unlösbar~~

ELÉTRICO

~~ALCOOLICO~~ cloroxidina
~~GERMANTE~~ cloroxidina
10%

1400 msl
300 msl

100% O₂ + 0% CO₂
100% O₂ + 5% CO₂
100% O₂ + 10% CO₂
100% O₂ + 15% CO₂
100% O₂ + 20% CO₂
100% O₂ + 25% CO₂
100% O₂ + 30% CO₂
100% O₂ + 35% CO₂
100% O₂ + 40% CO₂
100% O₂ + 45% CO₂
100% O₂ + 50% CO₂
100% O₂ + 55% CO₂
100% O₂ + 60% CO₂
100% O₂ + 65% CO₂
100% O₂ + 70% CO₂
100% O₂ + 75% CO₂
100% O₂ + 80% CO₂
100% O₂ + 85% CO₂
100% O₂ + 90% CO₂
100% O₂ + 95% CO₂
100% O₂ + 100% CO₂

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

Alta di proselitismo

10 pairs



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

**CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM
 SALA OPERATÓRIA**

Data: 11/11/2015 Hora: 09:00 Paciente: Paulo Henrique de Freitas Idade: 24

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA	
Checar: <input type="checkbox"/> Pulseira de identificação confrontando com o nome Do paciente <u>Não</u> <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado Lateralidade: <input type="checkbox"/> Sítio Demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Sim _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros) <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml) <input type="checkbox"/> Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível. <input checked="" type="checkbox"/> Não	Materiais de vias aéreas disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Baraka <input type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/> Monitor/oxímetro de pulso funcionando Via aérea difícil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Equipamento VAD disponível <input checked="" type="checkbox"/> Não Equipamento Anestésico funcionante? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica Disponível na sala operatória os OPME'S Necessários? <u>Sim de Kichene</u> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Equipamentos disponíveis para o procedimento checado? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA	
Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Todos os profissionais confirmam verbalmente: *A identificação do paciente; *Local da cirurgia a ser feita; *Procedimento a ser realizado. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Placa de bisturi posicionada adequadamente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Posicionamento correto e com proteções? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Antibiótico profilático nos últimos 60min.? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Checado esterilização (instrumentais e implantes) com Todos os integradores disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgião: <u>Galdino</u> Auxiliar: <u>Taylor / Gobutia</u> Instrumentador: Circulante: <u>Comila / Freitas</u>	CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Realizado contagem dos instrumentais? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Peça cirúrgica para anatomo-patológico? <input type="checkbox"/> Sim, identificado peça. <input checked="" type="checkbox"/> Não Conservado peça? <input type="checkbox"/> Formol <input checked="" type="checkbox"/> Gelo Especificado peça no prontuário? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Paciente está com pulseira de identificação? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não CRM: _____ CRM: _____ COREN: _____ COREN: <u>413195</u>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 2015

SAME / ARQUIVO B106





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

Carlos Eduardo de Souza

REQUISIÇÃO DE PARECER

Serviço: Opção pediatra Enfº: _____ Leito: P06 - 1

AO SERVIÇO: CALEDA/9907

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

~~First floor~~ Second

Agree to C.R.

Solito

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO WAI
ESTA CONFORME AO ORIGINAL
SAMÉ MOSSORÓ

SAME / AROUND

Massoró, 2 de 2020

*Manoel Fernandes
Ortiz*

PAPELERA:

13/05/20

Acacito Gamma
C10100000
Accord drogue
44/RN 6132



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name: Carlos S. de Souza Leito: 306-1

PRESCRIÇÃO





PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
SOLICITO
ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO AMBULATORIAL.

MOSSORÓ, 21 DE MAIO DE 2020

Quando: C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião-Dentista
CRMN - TEOT 13647
MÉDICO





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua: Pedro Velho, 250
Mossoró-RN - 59.611-010
Telefone: (84) 3318-9000

PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500MG ————— 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

MOSSORÓ, 21 DE MAIO DE 2020

Carlos C. L. B. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
Mossoró-RN - TETO 1500





**CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO**

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Rua: Pedro Velho, 250

Mossoró-RN - 59.611-010

Telefone: (84) 3318-9000

P/ CARLOS EDUARDO DE SOUZA

USO ORAL

1- NOVALGINA 1G -----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, EM CAOS DE DOR

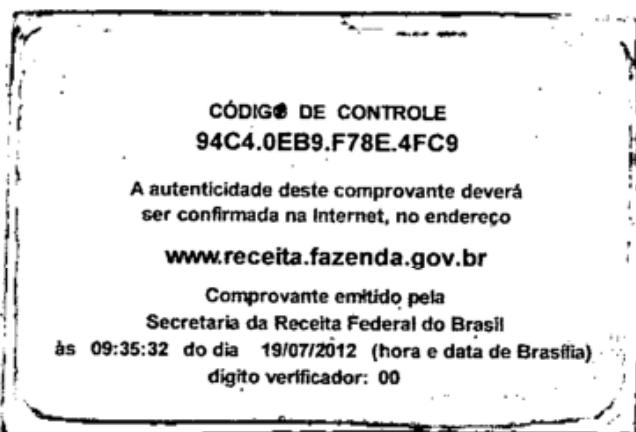
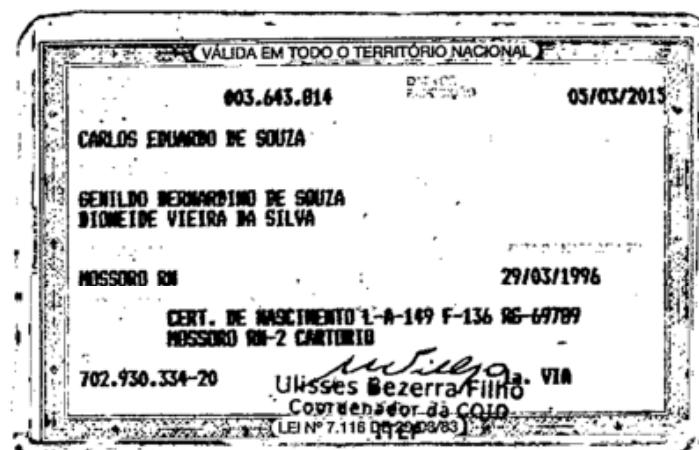
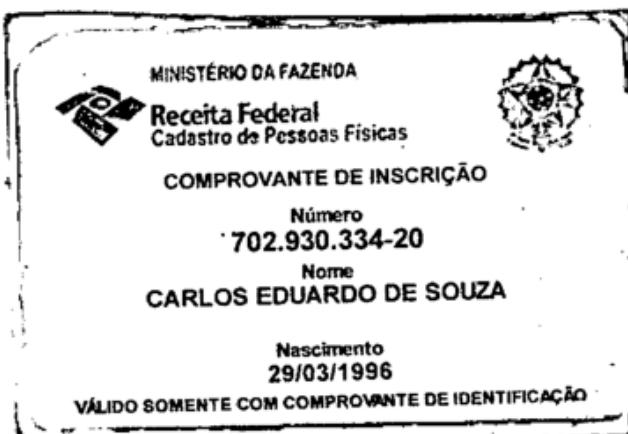
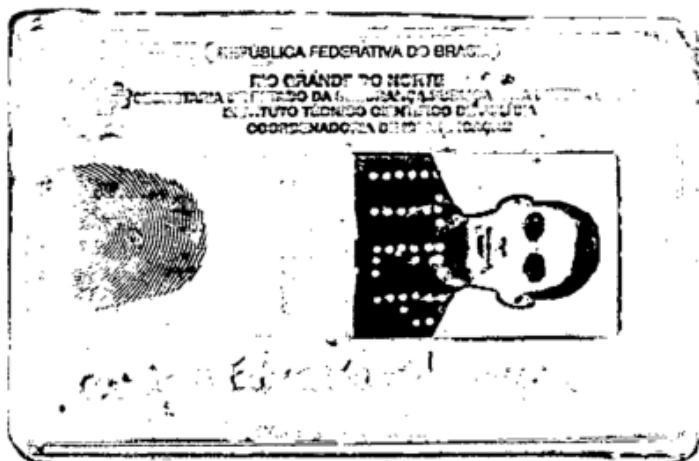
2- TORAGESIC 10 MG -----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 5 DIAS

3- AAS 100MG -----42 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS, POR 21 DIAS

Mossoró, 21 de Maio de 2020

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
P.M. 5409/RN - FCF11122





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN N° 014694384518
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PNTRO EXERCÍCIO
2 00268206215 ***** 2019

CARLOS EDUARDO DE SOUSA
NOME

CPF/CNPJ PLACA
702.930.334-20 NNX4H09

PLACA ANTR/CHASSI
NNX4H09/RN 9C6KPI510E00003480

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSEI/RE/MOTOCICLETA/VEIC. A GÁSOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/FACTOR XBR125 E 2010 2011

CAP/POT/GIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
SCV/134 CILINDRADA/ PARTICULAR VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
R\$ 0,00	18/06/2019	1º PAGO
PARCELAMENTO/COTAS		2º PAGO
A 009513	3X R\$ 24,444	3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** PREMIO DE RENAVAM FASE 1 DETAN/2020

OSSERVAÇÕES

HEITOR:ESG08-523678
Larissa Siqueira do Silva
Coordenadora de Registro de Veículos 07/02/2020

DETAN/RN
DATA: 07/02/2020

DETAN - RN N° 014694384518 BILHETE DE SEGURO DPVAT
AUTOMÓVEIS DEVE PAGAR DPVAT POR PESSOAS TRANSPORTADAS DURANTE O SEGURO DPVAT

RN N° 014694384518 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 DATA EMISSÃO
2019 07/02/2020

VIA COD. RENAVAM PLACA
2 702.930.334-20 NNX4H09

MARCA/MODELO
YAMAHA/FACTOR XBR125 E

ANO FAB. DATA CHASSI
2010 9. 9C6KPI510E00003480

PRÉMIO TARIFÁRIO

FINS (R\$) DENAVAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SER PAGO SEGUNDO R\$

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/09.246.006/0001-04

FEV-2019



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 – 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/11/2020 09:56:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509560882600000059866337>
Número do documento: 20110509560882600000059866337

Num. 62422584 - Pág. 27



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE/Phone number	
CARLOS EDUARDO DE SOUZA		(84) 99848-7178	
ENDERECO/ADDRESS		Av. João Nepomuceno de Souza, nº 1148, Centro	
CEP/Zip	CIDADE/City	UF/State	PAÍS/Country
59653-650	Mossoró	RN	BRASIL
<small>RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE</small>		<small>To recycle materials is to preserve the environment</small>	
<small>765000717</small>		<small>00000000000000000000000000000000</small>	
<small>DETALHES DE ENTREGA (Delivery details)</small>			
<small>1º / 2º / 3º / 4º / 5º / 6º</small>			
<small><input type="checkbox"/> Informações fornecidas pelo destinatário ou tráfego informado preventivamente ou de ofício ou do agente manager</small>			
<small><input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____</small>			
<small><input type="checkbox"/> Remetente ou postal service</small>			
<small>Data: _____ Assinatura: _____</small>			

DEVOLUÇÃO / Return	
<small>(CN15)</small>	
<input type="checkbox"/> Móvel de internet	<input type="checkbox"/> Faltado aviso
<input type="checkbox"/> Recusado endereço	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
<input type="checkbox"/> Desconhecido endereço	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado
<input type="checkbox"/> Não procurado destinatário	<input type="checkbox"/> Outros motivos
<small><input type="checkbox"/> Assente (sair)</small>	
<small>DETALHES DE ENTREGA (Delivery details)</small>	
<small>1º / 2º / 3º / 4º / 5º / 6º</small>	
<small><input type="checkbox"/> Informações fornecidas pelo destinatário ou tráfego informado preventivamente ou de ofício ou do agente manager</small>	
<small><input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____</small>	
<small><input type="checkbox"/> Remetente ou postal service</small>	
<small>Data: _____ Assinatura: _____</small>	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286599 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/5/6/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200286599 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/5/6/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224867/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

CPF: 702.930.334-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2020

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS EDUARDO DE SOUZA : 702.930.334-20

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: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
CPF: 702.930.334-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Alexandre Tavares Belfort

