



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
62422584	05/11/2020 09:56	2762129_CONTESTACAO_Anexo_03	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,

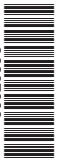
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16027101

Pag. 00791/00792 - carta_01 - INVALIDEZ

00020396





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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00539/00540 - carta_25 - INVALIDEZ





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 de 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	CPF titular da conta	Profissão
CARLOS EDUARDO DE SOUZA	702.930.334-20	ENCANADOR
Endereço	Número	Complemento
RUA SÃO NEPOUCENO DE MOURA	1118	CASA 04
Bairro	Cidade	Estado
ALTO DO SUMARE	MOSSORÓ	RN
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
ALISONMELADUE@HOTMAIL.COM	59.633-690	(84) 93848-7173

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

- ☐ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
NRO.		NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRO
Nome	
BANCO DO BRASIL	001
AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.
0036	1
107.065	7
(Informar dígito 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

FAPPF.001 V001/2017



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: 702.830.331-20 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: 702.830.331-20
7 - Profissão: ENCAIXADOR 8 - Endereço: RUA SÃO APOLOÔNIO DE MOURA 9 - Número: 1118 10 - Complemento: CASA 04
11 - Bairro: ALTO DO SUMARÉ 12 - Cidade: MOSSORÓ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.633-630
15 - E-mail: ALISSONMELHADOR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 84 39848-7179

DADOS CADASTRAIS 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 107.065 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ - RN, 28 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1007/2019

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 o 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 a 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 a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a 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, maior 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 ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

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

Ouvadoria: 0800 021 91 35



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

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509560882600000059866337>

Número do documento: 20110509560882600000059866337



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 à verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022743
1.2 Data da Expedição: 01/06/2020 21:05:57
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2020 00:00:00
2.2 Logradouro: AV ALBERTO MARANHÃO
2.3 Número: 3414
2.4 CEP:
2.5 Complemento: MOSSORÓ
2.6 Ponto de Referência: CONVENIÊNCIA DA LOUDINHA
2.7 Bairro: BOM JARDIM
2.8 Cidade: MOSSORÓ
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: PARDO
3.4 Pat: GENILDO BERNARDINO DE SOUZA
3.5 Mãe: DIONEIDE VIEIRA DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 29/03/1996
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: Não informado
3.9 CPF:
3.10 Passaporte: 702 630 334 20
3.11 Nacionalidade: BRASIL
3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN
3.13 Profissão: ENCANADOR
3.14 E-Mail: LISSAMYRELLY9248@GMAIL.COM
3.15 Telefone(s):
3.16 Logradouro: RUA JOÃO NEPONUCENO DE MOURA
3.17 Número: 1146
3.18 CEP:
3.19 Bairro: ALTO DO SUMARÉ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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 colidir com um carro quebrando o feno fui socorrido pelo Samu e levado pro hospital regional Tarcelo Maia.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(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 DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª 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: 702.830.331-20 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: 702.830.331-20
7 - Profissão: ENCAIXADOR 8 - Endereço: RUA SÃO APOLOÔNIO DE MOURA 9 - Número: 1118 10 - Complemento: CASA 04
11 - Bairro: ALTO DO SUMARÉ 12 - Cidade: MOSSORÓ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.633-630
15 - E-mail: ALISSONMELHADOR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 84 39848-7179

DADOS CADASTRAIS 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 107.065 7

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ - RN, 28 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10/7/2019

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 o 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 a 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 a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a 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, maior 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 ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª 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.seguradorallider.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 / Das 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 35



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

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110509560882600000059866337>

Número do documento: 20110509560882600000059866337

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





COSERN

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Alencar, 150, Paredão, Natal - RN, CEP 59029-250
CNPJ 08.324.166/0001-81 | Doc. Ect. 20055199-0 | www.cern.com.br

DADOS DO CLIENTE
C/ VILAR DO FLY 500 AL. FONTES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JACARÉ REFORMADA Nº 116 - APODIÁRIA | 140
CS-PM

CPF 104 513 204-78

~~ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-09-2007 BY 60323 GPO~~

GLENN D. HUNTER,
RESEARCH, INC.,
ANN ARBOR, MI.

7015510328 02/2020

[illegible]

12/02/2020 05/03/2020

07/01/2021	2021-01-07	17/01/2021
------------	------------	------------

TOTAL A PAGAR (R\$) 63,57

DISSEMINATION OF INFORMATION

Consumo de água: 100 l/m²/dia
Consumo de energia: 100 kWh/m²/dia
Área de construção: 100 m²
Custo total: 100.000,00
Custo por m²: 1.000,00
Custo por litro: 10,00
Custo por kWh: 1,00
Custo por litro de água: 0,10
Custo por kWh de energia: 0,01
Custo por litro de água e kWh de energia: 0,11
Custo por litro de água e kWh de energia: 0,11

[illegible]

تاريخ: ١٤٤٢هـ / ٢٠٢٠م

63 57

DECLARATION OF CONFLICT OF INTEREST

Nº DE METODOLOGIA	Tipo de FUNÇÃO C.A.	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA INÍCIO	LEGITIMA FIM	DATA INÍCIO	LEGITIMA FIM		(R\$)		
2104-1999-78							1.000,00		26,70

doi:10.1017/S0022292412001706

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

[illegible]

Source: <http://www.fishbase.org>

CHD-1318-1444-4415-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2

「世上有幾多人在做呢？」胡金銓曰：「六神無主。」

On 10/10/1964, the following information was received from the Bureau of the Census, Washington, D.C. regarding the 1964 Census of the United States, which was conducted on 10/10/1964. The Bureau of the Census is the principal agency in the Federal Government for the collection, analysis, and dissemination of statistical information. The Bureau is organized into several divisions, each of which is responsible for a specific area of the Census. The Bureau's primary function is to collect and disseminate statistical information about the United States and its people. The Bureau's information is used by a wide variety of government agencies, businesses, and individuals. The Bureau's information is also used by the public to make decisions about their lives. The Bureau's information is also used by the public to make decisions about their lives. The Bureau's information is also used by the public to make decisions about their lives.

Copyright © 2007 John Wiley & Sons, Ltd.

EMPRESA	VALOR SOMADO	LIMITE SOMADO	LIMITE TRIMESTRAL	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	TENSÃO INDICATIVA (%)		LIMITE DE VIBRAÇÃO (m)	
						diário	máximo	diário	máximo
CMC	412,0	9,90	1,52	12,40					
ENC	412,0	9,90	1,52	12,40					
CMC	412,0	9,90	1,52	12,40					

如何管理IT资源

CATEGORIA DE RISCO	LIMITES DE VIBRAÇÃO (m/s²)	
	diurno	noturno
1	0,5	0,3
2	0,7	0,4
3	1,0	0,6
4	1,5	0,9
5	2,0	1,2
6	2,5	1,5
7	3,0	1,8
8	3,5	2,1
9	4,0	2,4
10	4,5	2,7
11	5,0	3,0
12	5,5	3,3
13	6,0	3,6
14	6,5	3,9
15	7,0	4,2
16	7,5	4,5
17	8,0	4,8
18	8,5	5,1
19	9,0	5,4
20	9,5	5,7
21	10,0	6,0
22	10,5	6,3
23	11,0	6,6
24	11,5	6,9
25	12,0	7,2
26	12,5	7,5
27	13,0	7,8
28	13,5	8,1
29	14,0	8,4
30	14,5	8,7
31	15,0	9,0
32	15,5	9,3
33	16,0	9,6
34	16,5	9,9
35	17,0	10,2
36	17,5	10,5
37	18,0	10,8
38	18,5	11,1
39	19,0	11,4
40	19,5	11,7
41	20,0	12,0
42	20,5	12,3
43	21,0	12,6
44	21,5	12,9
45	22,0	13,2
46	22,5	13,5
47	23,0	13,8
48	23,5	14,1
49	24,0	14,4
50	24,5	14,7
51	25,0	15,0
52	25,5	15,3
53	26,0	15,6
54	26,5	15,9
55	27,0	16,2
56	27,5	16,5
57	28,0	16,8
58	28,5	17,1
59	29,0	17,4
60	29,5	17,7
61	30,0	18,0
62	30,5	18,3
63	31,0	18,6
64	31,5	18,9
65	32,0	19,2
66	32,5	19,5
67	33,0	19,8
68	33,5	20,1
69	34,0	20,4
70	34,5	20,7
71	35,0	21,0
72	35,5	21,3
73	36,0	21,6
74	36,5	21,9
75	37,0	22,2
76	37,5	22,5
77	38,0	22,8
78	38,5	23,1
79	39,0	23,4
80	39,5	23,7
81	40,0	24,0
82	40,5	24,3
83	41,0	24,6
84	41,5	24,9
85	42,0	25,2
86	42,5	25,5
87	43,0	25,8
88	43,5	26,1
89	44,0	26,4
90	44,5	26,7
91	45,0	27,0
92	45,5	27,3
93	46,0	27,6
94	46,5	27,9
95	47,0	28,2
96	47,5	28,5
97	48,0	28,8
98	48,5	29,1
99	49,0	29,4
100	49,5	29,7





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

CARLOS EDUARDO DE JOTA
LIVRO MEDIC

ATENDIMENTO PARA OS DEVIDOS
FINS QUE O DOUQUETE
APRESENTA PROPOSTA DE
FOMENTO A CURSOS
CURSOS JORNAL
APRESENTANDO VARIANTE
POR JORNAL (CURSO E ATENDIMENTO)
DIAS.

SER.2

22/05/20

Diego Afriel de Lima
CRM-RN 2406
ROR 2804
TEOT 15457



8:45h

ORTOPEDIA:

Patron 11 fr. fechada fêmur
e fcc (uma falha) D.
interos, interos trans e regular e
solucion per op. Aguardo terapia
da cintura gird.

CID: 572

CAD

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MARI
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 Karina Freitas da Silva
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E HIGIENE
DATA 26/05/2020

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 25/05/2020
SAME / ARQUIVO



Sistema Ministério
SUS único de da
Saúde Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
2503689

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

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CARLOS EDUARDO DE SOUZA (8 - 2192/2020)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
213236

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
706804795989520

8 - DATA DE NASCIMENTO
29/03/1996

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
DIONEIDE VIEIRA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153390

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 33153390

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
JOAO NEPONUCENO DE MOURA, 4 - ALTO DO SUMARE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MOSSORÓ

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
240800

18 - UF
RN

19 - CEP
59633690

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX FEMUR DIAPHRANO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

RES DE OSNAPUL

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

UNH 1 Imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
T02.3 W18.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
8408050233

29 - CLÍNICA
MED

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
02340033403

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
RODRIGO JALES BARRETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/05/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE 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
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO
(x) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 22/05/2020
SANE LAURILINO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Carlos Frederico de Souza Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fr. de fêmur (D) + fratura do pé

Indicação terapêutica: _____ (D)

Fratura transdiáfise

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Golbach

1ª Auxiliar: Dr. Jgo

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

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

() Limpa (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

① Paciente em posição dorsal sob anestesia

② Dorso + antisséptico + campos

③ Limpeza abundante com SF. 0.9% (6h)

④ Sutura do pele nylon 2.0

⑤ Tensão hemostática + fratura - + Fratura

⑥ Curativos occlusivos

Dr. Igo Walecio M. de Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 8490

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 22/11/2020

SAME / ARQUIVO



HOSPITAL REGIONAL TARCIBIO MAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCIBIO MAIA
DEPARTAMENTO DE MATERIAIS

Carlos Eduardo de Souza
Tratado Dermatológico de H.D. Paulista 33.09.80
Galvão 10.50
Dr. Glênio 08.50
Raque + jessica 10.50

300 unidades
30 unidades

03 unidades
03 pares

QUECLAVA

MI
EL

VEIS 27 Raque

03 unidades

QUECLAVA

QUECLAVA

SISTEMA TACHO

QUECLAVA

QUECLAVA

QUECLAVA

1.0

03 unidades

ELETRICO

ALCOOLICA cloxidina
DEGERMANTE cloxidina
TOPICO

300ml
300ml

ORIGENAD

0.2%

0.5%

OPR O/LACTATO

OPR O/LACTATO

OPR SIMPLIS

HOSPITAL REGIONAL TARCIBIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 27/09/2020

SAME / ARQUIVO

unidade de processamento

10 pares



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

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

Data: 11/05/20 Hora: 09:50 Paciente: Carolina Carneiro de Figueira Idade: 74

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checar:

☐ Pulseira de identificação confrontando com o nome
Do paciente Não

☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente
Preenchido

☒ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:

☐ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)

☐ Sim, acesso venoso adequado e planejamento de
fluidos com reserva disponível.

☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

☒ Laringoscópio ☒ Baraca ☒ Aspirador

☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

☐ Sim ☐ Equipamento VAD disponível

☒ Não

Equipamento Anestésico funcionando?

☒ Sim ☐ Não

**Disponível na sala operatória os instrumentais
necessários para o procedimento?**

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S

Necessários? São de Kuchner

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

**Equipamentos disponíveis para o procedimento
checado?**

☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?

☒ Sim ☐ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:

*A identificação do paciente;

*Local da cirurgia a ser feita;

*Procedimento a ser realizado.

☒ Sim ☐ Não

Placa de bisturi posicionada adequadamente?

☐ Sim ☒ Não

Posicionamento correto e com proteções?

☒ Sim ☐ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min.?

☐ Sim ☒ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com

Todos os integradores disponíveis?

☒ Sim ☐ Não

Cirurgião: Galdino

Auxiliar: Jaqueline Rodulga

Instrumentador:

Circulante: Camilla T. Guedes

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

**Realizado contagem de compressas, gazes e
agulhas?**

☐ Sim ☐ Não

Realizado contagem dos instrumentais?

☐ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

☐ Sim, identificado peça. ☐ Não

Conservado peça?

☐ Formol ☐ Gelo

Especificado peça no prontuário?

☐ Sim ☐ Não

Sorós de infusão, medicamentos e fluidos

administrados ao paciente estão adequadamente

identificados?

☐ Sim ☐ Não

Paciente está com pulseira de identificação?

☐ Sim ☐ Não

CRM: ---

CRM: ---

COREN: ---

COREN: 413135

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ ---

SAME / ARQUIVO





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

Carlos Eduardo de Souza

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Carlos Eduardo Idade: _____ Nº Reg. _____
Serviço: Ortopedia Enfº: _____ Leito: PO 6.1

AO SERVIÇO: CAROLINA

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

Fratura de fêmur

fratura de fêmur

solução

fratura de fêmur

fratura de fêmur

Massoró, 12 de 1 de 20 20

Manoel Fernando
Médico que solicita o parecer

PARECER:

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

Fratura de fêmur

13/05/20

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

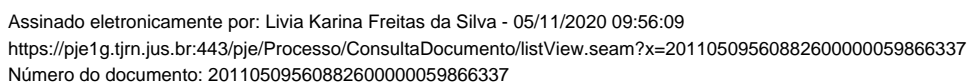


EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carlos E. de Souza Leito: 306-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/05/2020	<p>PR NINF SEMANA ②</p> <p>- BOB (GATINHO)</p> <p>- AUMENTA CIMA DA CABEÇA ⇒ H2O</p> <p>DR. GILSON GONÇALVES Otorrinolaringologista CRM 6231 Rua 15 de Novembro, 1000 - 13000</p>

PRESCRIÇÃO

[illegible]



PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

SOLICITO

ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO AMBULATORIAL.

MOSSORO, 21 DE MAIO DE 2020

Dr. Carlos E. L. P. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM - TEOT 13540

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- CEFALLEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

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

MOSSORO, 21 DE MAIO DE 2020

Eduardo C. L. A. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 62019/RN - TEOD 150





**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 CASO DE DOR

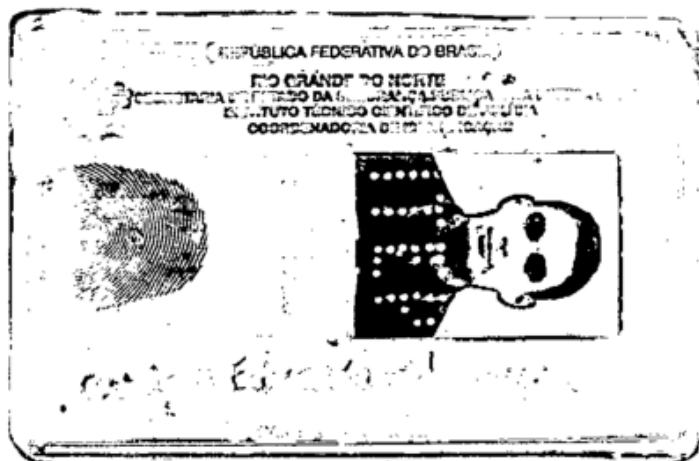
2- TORAGESIC 10 MG -----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 5 DIAS

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
CRM 8426/RN - TERT 1251





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.930.334-20

Nome
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Nascimento
29/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

003.643.814 03/03/2013

CARLOS EDUARDO DE SOUZA

GENILDO BERNARDINO DE SOUZA
DIONÉIDE VIEIRA DA SILVA

MOSSORÓ RN 29/03/1996

CERT. DE NASCIMENTO 1-A-149 F-136 RG-64789
MOSSORÓ RN-2 CARTÓRIO

702.930.334-20 *Ulisses Bezerra Filho* VIA
Comendador da COLO
(LEI Nº 7.116 de 20/03/83)

CÓDIGO DE CONTROLE
94C4.0EB9.F78E.4FC9

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:35:32 do dia 19/07/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



RN Nº 014694384518 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	07/02/2020

**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

YIA	OFF / CNPJ	PLACA
2	702.930.334-26	BRX4F69

RENAVAM	MARCA/MODELO
00765B00225	KAWAHA/FACTOR YDE125 E.

AND FBI	DATE	NO CHASS
2010	9	4C6KE1530B0003480

GRÉGIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO		
FMS (R\$)	DENATAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGUNDO R\$
------------------------	-----------	------------------------------

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
-----------	--	------------------

OUTA UNICA	PANQUELADO
------------	------------

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-94

FEV-1

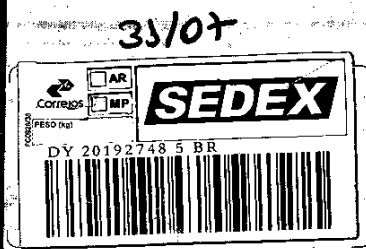
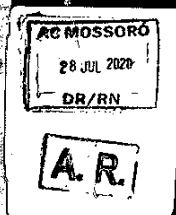
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CH7d 09.246.600/0001-04

6502-0334

Num. 62422584 - Pág. 26


Número do documento: 20110509560882600000059866337



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





REMETENTE / Sender		TELEFONE/Phone number	
CARLOS EDUARDO DE SOUZA		(84) 99848-7724	
ENDERECO/Address			
RUA JOAO APOUCADO DE MOURA, Nº 1148, APT 4			
CEP/Zip	CIDADE/City	UF/State	PAIS/Country
59165-650	Mossoro	RN	BRASIL
 765000717			

DEVOLUÇÃO / Return		(CONT)
<input type="checkbox"/> Mudou de moradia	<input type="checkbox"/> Endereço incorreto	
<input type="checkbox"/> Endereço incorreto	<input type="checkbox"/> Endereço incorreto	
<input type="checkbox"/> Desconhecido o endereço	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	
<input type="checkbox"/> Não procurado (endereço)	<input type="checkbox"/> Outros motivos	
Tentativas de entrega (delivery attempts)		
1ª _____ 2ª _____ 3ª _____		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo destinatário ou síndico		
<input type="checkbox"/> Informação prestada ao serviço postal em _____		
Data: _____ Assinatura: _____		



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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

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

