
Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200325276

Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200325276

Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 000000032402-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

115.279.334-90

4 - Nome completo da vítima:

GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

GILBERTO FERREIRA DA SILVA

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA OLHO D'ÁGUA

6 - CPF:

115.279.334-90

9 - Número:

129

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CANA BRAVA

12 - Cidade:

MACAIBA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59280-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 991868691

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2758

CONTA:

000 32402

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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)

☐ Divorciado

☐ 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 resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MACAIBA/RN, 14/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 3431 2585

6277

VÁLIDO ATÉ

01/21

GILBERTO FERREIRA SILVA
2758 013 00032402-6

elo



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00051149/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/09/2020 10:38:55 Data/Hora Fim: 04/09/2020 10:38:55

Origem:

Delegado de Polícia: Adriana Shirley de Freitas Caldas

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Vera Cruz

Data/Hora do Fato: 02/02/2020 18:00

Local do Fato

Município: Vera Cruz (RN)

Bairro: Centro

Logradouro: av principal de vera cruz

Complemento: proximo mercadinho sao francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: GILBERTO FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE, VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 23/05/1985

Idade: 35

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria das Dores da Silva

Naturalidade: Macaíba - RN

Nome do Pai: Jose Ferreira da Silva

Documento(s)

RG: 002949417

CPF: 115.279.334-90

Endereço

Município: Macaíba - RN

Logradouro: granja olho d'agua

Bairro: cana brava

Nº: 129

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição veículo envolvido no acidente

CPF/CNPJ do Proprietário 058.399.494-69

Placa OWA2A56

Renavam 01175143941

Número do Motor JC41E1E121668

Número do Chassi 9C2JC4110ER121668

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo RN

Município Veículo Vera Cruz

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não



Impresso por: Pedro Emillano da Silva Cavalcante

Data de Impressão: 04/09/2020 11:02:45

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00051149/2020

Situação Meio Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 23/03/2020

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gilberto Ferreira da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O Comunicante compareceu até esta Delegacia de Polícia para informar que no dia e hora citado estava conduzindo uma motocicleta tipo HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA OWA2A50; QUE estava passando na avenida principal do município de Vera Cruz, área urbana, quando foi atingido por veículo tipo automóvel de passeio, colidiu na lateral do mesmo; QUE a vítima alegou ter tentado desviar mais o motorista do veículo fez uma manobra colocando pra cima daquele; QUE foi levado para o hospital local de Vera Cruz e em seguida para Hospital Walfredo Gurgel - Natal/RN - Boletim de Atendimento de Urgência Nº 6268-2020, segundo informações da guila do Hospital Walfredo, a vítima se encontrava sem capacete e exame constatou dosagem alcoólica; QUE o motorista não possui CNH e a motocicleta esta no nome de Josimar Garcia de Freitas; QUE nada mais disse.

ASSINATURAS

Pedro Emiliano da Silva Cavalcante
servidor público
Matrícula 1600854
Responsável pelo Atendimento

Gilberto Ferreira da Silva
Comunicante, Vítima

Dados para os devidos fins de ciência que sou (sua) único(s) responsável, pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que coligi, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 115.279.334-90 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: GILBERTO FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 115.279.334-90
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA OLHO D'ÁGUA 9 - Número: 129 10 - Complemento:
11 - Bairro: CANA BRAVA 12 - Cidade: MACAIBA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59280-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (84) 991868691

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2758 CONTA: 000324026
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: MACAIBA/RN, 14/08/20

Gilberto Ferreira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000032402-6

Nr. da Autenticação 829E7AD902CF0F8E



5.6.5.9 其他说明:

MARTA DAS DORES DA SILVA

CPF: 044 359 084-81 NIS: 16364007016

BLADES
BI RESIDENCIAL
BACARENDA.COM.PS
Módulo

PLA OLHO FINA 129

CANA BRAVA/CANA BRAVA
MACAIBA/RN
50600-000

0633799016 07/2020

39/07/2020 24/08/2020

27.93

Consumo TUE3 até 30 kWh
Consumo TUE3 superior a 30 até 100 kWh
Consumo TE até 30 kWh
Consumo TE superior a 30 até 130 kWh
Consumo TE superior a 130 kWh
Bônus (TAPL) de 21 dias de 29 dias
Bônus (TAPL) de 21 dias de 29 dias

DATE	TIME	LOCATION
10/10/90	08:00	0.1100000
10/10/90	08:00	0.1100000
10/10/90	08:00	0.1100000
10/10/90	08:00	0.1100000

የፕላን ሪፖርት

35 45

STOCK NUMBER	TFO BA NUMBER	INTERFERE		ADJUS.		PWR SWG	COMPENSATE	AUGMENT	CORRECTED DATA
		DATA	LENGTH	DATA	LENGTH				
000000	001	00000000	25000000	00000000	00000000	31	1.00000		0000

[illegible][illegible]

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-01
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
Ligações Gratuitas:
- TELEATENDIMENTO COSERN: 118
- Atendimento ao cliente telefônico ou de fax: 0800 281 5142
- Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 - Ligações Gratuitas de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligações Gratuitas de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ERC TORQUATO MUGUERA

CPF: 061.387.534-12

DATA DE VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,08

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

943578671

Série: U

CONTA CONTRATO

7015510778

Nº DO CLIENTE

3011433242

Nº DA INSTALAÇÃO

2055828

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOM JOSE TOMAZ 773 SL-1504

EDIFÍCIO SPAX
TRILHAREIA URBANA
59022-250 NATAL RN

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2016), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site: www.cosern.com.br

RESERVADO AO FISCO

DSF7.7BEC.28ED.7790.1508.8D40.9494.E714

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Consumo Ativo(MWh)-TUSD	20,280000	0,5341897	10,83
Consumo Ativo(MWh)-TE	38,000000	0,5282572	19,87
Consumo Ativo(MWh)-TE			2,28

TOTAL DA FATURA 28,08

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
28,08	15,00	4,21	28,08	1,00	0,28	28,08	4,77	1,34

Tributos Aplicáveis		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(MWh)-TUSD	0,2543990		
Consumo Ativo(MWh)-TE	0,2528700		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(MWh)-TUSD	R\$ 0,02 35,49%	JUN 20	36
Consumo Ativo(MWh)-TE	R\$ 0,99 3,53%	MAR 20	30
Distribuição (Cosern)	R\$ 0,21 24,64%	ABR 20	108
Perdas da Energia	R\$ 1,68 0,58%	MAR 20	218
Energias Solares	R\$ 1,44 5,71%	FEV 20	245
Tributos	R\$ 5,88 23,73%	JAN 20	203
Total	R\$ 28,08 100%	DEZ 19	246
		NOV 19	244
		OUT 19	70
		SET 19	
		AGO 19	
		JUL 19	
		JUN 19	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO TIPO DA	ADVENIR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CLASSE (VOLT)
REGISTRO	DATA	DATA	DIAS			
205578671	06/06/2020	23/05/2020	23,504,00	30	1,5000	30,00

DATA PRESENTA DA FÓRMULA: 14323200

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito até o prazo em vigor.
No caso de fatura a ser paga em vigor é a Verde. Não há desconto.
O cliente é responsável quando há violação de continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Paga, em atraso para multa 2% (Resolução ANEEL), Juros TELA (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mlt.
O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo de entrega para os produtos de atendimento comercial.

INFORMAÇÕES

CONTA CONTRATO	DATA	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
7015510778	06/2020	28,08	26/06/2020

TOTAL DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este carimbo será usado
em fatura oficial.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIC TORQUATO NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.387.934-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILBERTO FERREIRA DA SILVA, inscrito(a) no CPF sob o Nº 115.279.334-90, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GILBERTO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.279.334-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

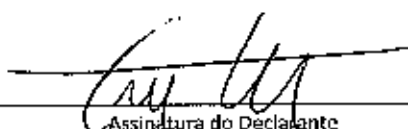
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Dom José Tomaz		Número: 773	Complemento: Ed. Sfax – apto 1504
Bairro: Tirol	Cidade: Natal	Estado: RN	CPF: 59022-250
Email: tpv@tpvadvocacia.com.br		Telefone comercial: (84) 3301-5336	Telefone celular (DDD): (84) 98711-5930

Natal/RN, 9 de setembro de 2020


Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 162794 - GILBERTO FERREIRA DA SILVA (34 a 8 m 10 d)

Nascimento: 23/05/1985 Natural: MACAIBA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

INS: 703402275081319

CPF: 11527933490

Prof:

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: JOSE FERREIRA DA SILVA

Logradouro: GRANJA OLHO D'ÁGUA, 1

CEP: 59280000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: MACAIBA

Telefone: 84 986056088

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Dispositivo:

OBS:

Classificação: 02/02/2020 20:14:42

HORA	P.A.	HGT	SAÍDA	IFOR	ER.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO NO PE ESQUERDO COM ROMPIMENTO DE TENDÃO, PAC ALCOLIZADO

Evolução:

Acidente motocicleta. Paciente no manuseio
capoteado sobre asfalto. Lesão no pé esquerdo.
Tram no pé (Esg), parafuso fixado de tendão.
Ney ulgieri

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Non prurido, non calor.
local, SCC-11.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

RAIOS-X
Realizado em 21/12/2019
Técnico:

Saída:

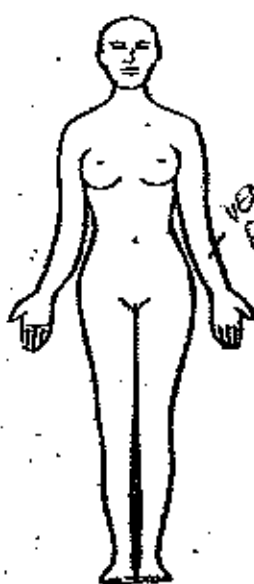
DIAGNÓSTICO INICIAL CID

296

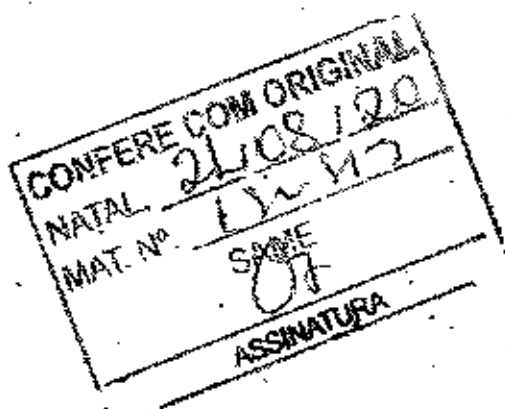
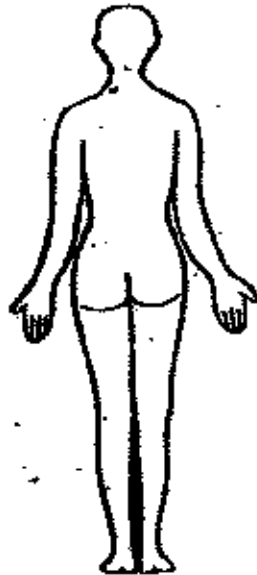


FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: GILBERTO FERREIRA DA SILVA
IDADE: 35 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 23/05/85
REGISTRO: 123212020
DATA DE ADMISSÃO: 02/08/20
HORA: 23:30
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ORTOPEDIA
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA PERIFÉRICA: () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x) HIPERTENSO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x) ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO:
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO:
ÁREA DE TRICOTOMIA:
HORA:
ÁREA DE PUNÇÃO:
HORA:
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



VENOUSE
PREVIA



JALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: SOCORRO
CIRCULANTE: RAFAELA
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUIM (x) PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.:
ANESTESISTA: THIAGO RAMOS + CARLOS VILDE
INÍCIO DE ANESTESIA: 23:40
TÉRMINO DE ANESTESIA: 00:45
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: AMICACINA 1g
HORA: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 03/02/2020

Hora:

Paciente: Cirurgia Vascular

Paciente vítima de trauma por ser esmagado após queda de moto, por horário pouco desenvolvido, sendo de substituição e exposto deixo, foi chamado no C.E. de Ricardo, que realizou primeira avaliação e atendimento em UBS de Reis.

Dr. Felipe aderiu com Nota de Recusado, encaminhando o paciente para o Hospital, sendo realizado o atendimento.

Wagner Fernando B. Barros
Cirurgia Plástica
CRM 9539 - RQE 2672

03/02/2020

OPORTUNO 25 LESÃO (sup 65%)
Nº DE 000000

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 21/08/20
MAT. Nº. 18691
SAME
CA
ASSINATURA

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 - RQE 11295



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salgado

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: 9. Bento Francisco de Silva Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 03/02/2020 Início:

Término:

Duração:

Operador:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 / TEOT 11295

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 21/08/20
MAT. Nº. 19-22
ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Dentrito DORAC
- 2) Anestesia
- 3) Limpeza e preparo da ferida
- 4) Oclusão da ferida com curativo
- 5) Tempo médio de espera de 2:13" (4" e 5" de espera de espera)
- 6) Nota limpa e 20302222
- 7) Sutura
- 8) Curativo
- 9) Placa de placa
- 10) RM Anel = 10302222

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 / TEOT 11295

04.13.04.027-8(3) 5913 (741,60)
04.08.06.045-0(2) 5969 (205,91)

leta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

leta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

NAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 21/08/20
MAT. Nº. 182.473
SANE
CF
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ATENDIMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

ALTA:

DATA:

HORA:

Prescrição Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ATENDIMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

ALTA:

DATA:

HORA:

Prescrição Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: GILBERTO PEREIRA DA SILVA Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: FEVER DE TAVANA DE PE. EVOLUENDO

Indicação terapêutica: EXTERNO

Urgência () Eletiva (✓)

INTERVENÇÃO

Data: 03/03/2002

Término:

Duração:

Operador: ROMERO MANOES

CRM/CRO:

1º Auxiliar: JOÃO ALVES

CRM/CRO:

2º Auxiliar: JOÃO GILBERTO

CRM/CRO:

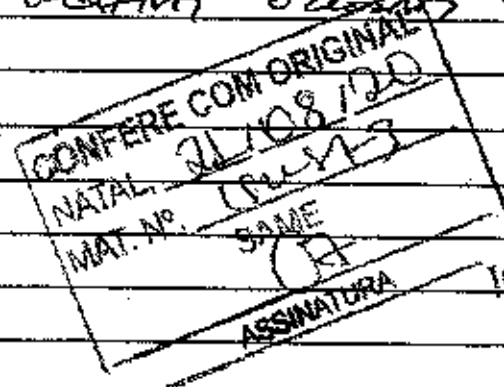
Instrumentador:

Anestesista: PEDRO PINHO

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

VOLTA RAGUEANTER. RAGUEANTER E CURETOMIA.
Desobstrução do luto vaginal (Duro do PE Enforcado).
Retirada de coágulo e fixação do luto vaginal.
Aplicação de fio de Halsey. Fio do coágulo e fixação
Curetagem vaginal e Desobstrução + PE.

João Alves Martins
Médico / CRM 24842

04101020029 (2) L9088PB/355,00

0401020029

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Guilherme Francisco de Silva Idade: _____ Nº Reg: _____
Serviço: Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Enq: _____ Leito: 724

AO SERVIÇO

Cirurgia Plástica (Dr. Walfredo)

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

Paciente com lesão extensa em pé
foi realizada Tomografia por parte de
o ortopedista.
Paciente do Dr. Ricardo
Araújo.

Natal 05 de 02 de 2020

Dr. Jackson W. Vasconcelos de Azevedo
Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia
CRM-294-5892-TCOR 18819
RQE 2973

Médico que solicita o parecer

PARECER

Racional Terá acompanhamento
conjunto com Cirurgia Plástica.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 21/08/20
MAI. Nº: 15277
SÍMBOLO
04
ASSINATURA

Em 05 de Fevereiro de 2020

Dr. Sérgio Roberto
Cirurgia Plástica
CRM-3635
Médico que emite o parecer

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: 434 UTE: _____ Leito: _____
Data de admissão: 02/02/2020 Atc: _____
Nome: Gilberto Pereira da Silva Naturalidade: Maricá
Idade: 34 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 23/05/1986
RG: 2449417 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: D. Alelboro
Filiação: Pai: João Pereira da Silva
Mãe: Marlene dos Reis da Silva
Endereço: Rua Olho D'Água S/N Cidade: Maricá
Telefone: _____ () Residencial () Trabalho () Reca
Contato: 98605 6088 Outros telefones: 8722-3457 campanha
Composição familiar: mãe e 9 filhos Ivanice
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Operário Trabalho e vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: União Ag

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Pedro de Almeida de Oliveira
Parentesco: parente Telefone: 98605 6088
Endereço do Responsável: Rua Cordeiro de Menezes - Maricá

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas domiciliares, encaminhamentos, etc.)

paciente acompanhado pelo irmão e mãe
Presença exigida os documentos:

10/02/20 cadaço p/ campanha Ivanice

Ofício Dots - Asa 916

óbito: Encaminhamento: IEP () SVO () DOX Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

INICIO DE CIRURGIA: 00:00

CIRURGIÃO: RICARDO ARAÚJO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA:

TÉRMINO DE CIRURGIA: 00:35

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA Sonda:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA Sonda:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RX:

SIM ()

NÃO (X)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

FEITO FICHA:

SIM ()

NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ()

NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: PI DOLICADO

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS:

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ()

NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: POR ADMITIDO EM SALA CONSCIENTE E ORIENTADO EM OZ AMBIENTE. VENOCUSE PREVIA EM HSE, NEGA

ALERGIAS. MEDICAMENTOSAS E PATOLOGIAS PREVIAS. MONITO

RIZADO, SNU: PA: 13x8 78 mmHg, FC 76 bpm, SpO2 99%, RAQUÍ

POR D. TIAGO; DEGER-MAGALHÃES E ANTI-SEPSIA CI. CUOREXININA

POR RICARDO. SOLICITADO PARECER DO CIRURGIÃO PLÁSTICO.

AO FIM DO PROCEDIMENTO REALIZADO CURATIVO CI. AGUAI

E ENCAMINHADO AO CRO.

Rosa de Cássia B. Palhares
COREN-RN-184613-ENF

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Rosa de Cássia B. Palhares

Assinatura do Circulante

602011

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

PI SODORRO

Assinatura do Instrumentado

A
B
C
D
E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDIÇÃO PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Paulo Roberto Gomes
Cirurgião Geral
CRM-MG - 5988

Vecor dt, IM, 2 jar.

Dr. Pedro Paulo Batista
Cirurgião Geral
CRM-MG - 5988

Oxacetina 02g EV

AO CC PARA CIRURGIA

SO URGÊNCIA

Dr. Ricardo Augusto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MG - 5988

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA: 20:13

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

INTERNÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMILIA () COM ATESTADO () S.V.O () IEP

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **162791 GILBERTO FERREIRA DA SILVA**

CNS: 703402275081319

Nascimento: 23/05/1985

Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: JOSE FERREIRA DA SILVA

Cor: PARDAS

Endereço: SÍTIO GRANJA OLHO D'ÁGUA, 1 - ÁREA RURAL - MACAIBA

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: _____

240710 UF: RN

Fone: 986056088 /

CEP: 59280-000

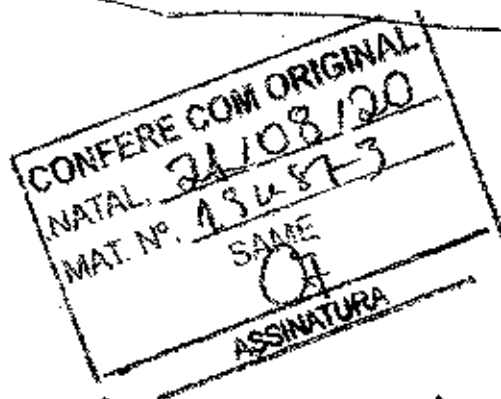
Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 4326 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

COLISÃO MOTO-CARRO COM TRAUMA EM PÉ ESQ ACOMETENDO REGIÃO DORSAL, PARTES MOLES, TENDÕES EXTENSORES.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÃORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA E RAIOS

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S96.7 TRAUMATISMO DE MÚLTIPLOS MÚSCULOS E TENDÕES AO NIV*408060450.TENOMIORRAFIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?
NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibióticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assinante:

RICARDO ARAÚJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 02/02/2020

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 / RN 11295

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajetória

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____



Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Municipal de São Paulo
Pronto Socorro Clóvis Serrão

RECEITUÁRIO

NOME:

MATRÍCULA:

Guilherme Ferreira da Silva

laudo médico

Paciente internado em observação
desde 02/02/2020, vítima de calos
no pé esquerdo, submetido ao exame
físico e colocação de gesso no
pe esquerdo, necessitando de cuidados
de enfermagem com pomada e antibiótico
oral por curativos.

Guilherme

Adm. 20

DATA 09/03/2020

MÉDICO - CRM

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

NATIONALE TOPO
 O VERBODEN NATIONALE
 1405032286

PROHIBIDO NATIONALE
 1405032286

REPUBLICA ARGENTINA															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOMBRE Y APELLIDOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DIA MES AÑO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LUGAR DE NACIMIENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ESTADO CIVIL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OCCUPACION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA DE EMISIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VIGENCIA</td> </tr> </table>	NOMBRE Y APELLIDOS		DIA MES AÑO		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		OCCUPACION		FECHA DE EMISIÓN		VIGENCIA	
NOMBRE Y APELLIDOS															
DIA MES AÑO															
LUGAR DE NACIMIENTO															
ESTADO CIVIL															
OCCUPACION															
FECHA DE EMISIÓN															
VIGENCIA															
															
REPUBLICA ARGENTINA MINISTERIO DE INTERIORES DIRECCION NACIONAL DE IDENTIFICACION															

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200325276 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 12_LAUDO MÉDICO

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GILBERTO FERREIRA DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultor, inscrita no CPF/MF sob o nº 115.279.334-90, portador da cédula de identidade nº 2949417 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Olho Dagua, nº 129, Cana Brava, CEP: 59280-000, Macaíba/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Rua Dom José Tomaz, 773 (Edifício Sfax – sala 1504), Tirol, CEP 59022-250, Natal/RN.

DATA DO ACIDENTE: 02/02/2020

COBERTURA: Indiviz

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Macaíba/RN, 15 de agosto de 2020.

x Gilberto Ferreira da Silva

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255983/20

Vítima: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

CPF: 115.279.334-90

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: GILBERTO FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERIC TORQUATO NOGUEIRA : 061.387.934-12

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

GILBERTO FERREIRA DA SILVA : 115.279.334-90

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: 10/09/2020
Nome: ERIC TORQUATO NOGUEIRA
CPF: 061.387.934-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

ERIC TORQUATO NOGUEIRA

THIARA VIRGINIA DA HORA