

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, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301850

Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUCE LEE NASCIMENTO 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

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, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301850

Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

093.636.724-50

4 - Nome completo da vítima:

Braulio Lee Nascimento 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:

Braulio Lee Nascimento da Silva

6 - CPF:

093.636.724-50

7 - Profissão:

Mecânico

8 - Endereço:

Av. Manoel Nascimento de Almeida

9 - Número:

205

10 - Complemento:

Casa

DADOS CADASTRAIS

11 - Bairro:

Presidente Costa e Silva

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59627-582

15 - E-mail:

Raúlio

16 - Tel.(DDD):

184199538506

17 - Nome completo da 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 (ANEVAR 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 2823 8

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 SÓMENTE 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 por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções.

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu cunhado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Cidade da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do

obito 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

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

 Sim Não

nasceu (viverá)

31 - Vítima

 Sim Não

tinha irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

tive filhos?

 Vivos: Falecidos:34 -
Prova sócio-
eletoral do
beneficiário
desabilitado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Morro do AV 30-08-2020

Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 00.000.000/0001-00

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHAS

CAIXA
POUFANCA



5067 2253 0260 8932

5067

VALIDATE

10/24

BRUCE LEE N SILVA
3064 013 00028238-2

elc



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001031254
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 01/07/2020 14:56:18

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/03/2020 00:30:00
2.3 Número: SEM NÚMERO
2.5 Complemento:
2.7 Bairro: ZONA RURAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.2 Logradouro: SITIO NOVA DIVINÓPOLIS COM RN-117
2.4 CEP:
2.6 Ponto de Referência:
2.8 Cidade: UMARIZAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
3.3 Etnia: PARDO
3.5 Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 09363672450
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: GARÇOM DE LANCHONETE
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 205
3.19 Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 07/09/1991
3.8 RG: 2941802 - SSP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN
3.14 E-Mail: BRUCELEENASCIMENTO46@GMAIL.COM
3.16 Logradouro: RUA: MANOEL NASCIMENTO DE ALMEIDA
3.18 CEP: 59827582

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. DÓS FATOS

7.1 Histórico
EL PILOTAVA UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG TITAN 150 MIX KS DE PLACA NNO5152 PORTO DO MANGUE/RN, RENAVAM 112020886623, CHASSI 9G2KC1610AR030299, ANO 2010, COR VERMELHA COM PROPRIETÁRIO NO NOME DE MÍCHEL RODRIGUES FERNANDES, VINDO DO MOTOCROSS NO SITIO NOVA DIVINÓPOLIS SENTINDO CENTRO DA CIDADE, QUANDO ESTAVA SUBINDO PARA RN-117 O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU E EU CAIR. FUI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE UMARIZAL
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: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

Data: 01/07/2020 17:16:53

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 2084252 - SHYRLEY LIDIANE DO REGO CARNEIRO

Impresso por: WEB em 05/07/2020 08:53:33

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00052538/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/09/2020 12:30:00 Data/Hora Fim: 10/09/2020 12:30:00

Origem:

Delegado de Polícia: Renato da Silva Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Umarizal

Data/Hora do Fato: 08/03/2020 12:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Umarizal (RN)

Bairro: zona rural

Logradouro: sítio nova divinópolis

Nº: sn

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Profissão: Autônomo	Nasc: 07/09/1991 Idade: 29
Estado Civil: Solteiro(a)	Escolaridade: Ensino Médio Completo
Nome da Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO	Naturalidade: Mossoró - RN
	Nome do Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA

Documento(s)

RG: 2941802

CPF: 093.636.724-50

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

Nº: 402

Bairro: Santo Antônio

CEP: 59.621-240

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	073.135.164-95	Placa	NNQ5152
Renavam	00203886623	Número do Motor	KC16E1A030299
Número do Chassi	9C2KC1610AR030299	Ano/Modelo Fabricação	2010/2010
Cor	VERMELHA	UF Veículo	RN
Município Veículo	Porto do Mangue	Marca/Modelo	HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1,00 Unidade
Situação	Meio Empregado	Última Atualização	Denatran 31/03/2020
Situação do Veículo	ROUBO_FURTO	Alerta	Veículo com restrição Roubo / Furto

Nome Envolvido	Envolvimentos
BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA	Proprietário



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

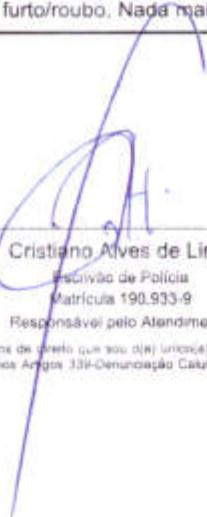
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00052538/2020

RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que na data e horário supramencionado, trafegando pela via acima, seguindo no sentido à RN-117, pilotando sua motocicleta já caracterizada, quando o pneu dianteiro derrapou fazendo-lhe perder o controle e cair violentamente contra o solo, sendo atendido no hospital de Pau do Ferros, registrando o boletim nº J2020001031254, atendimento 2084252. Shyrley Lidiâne Rego Carneiro, conforme cópia que apresenta neste momento. Informa ainda que 15 dias após o acontecimento do sinistro sua motocicleta foi roubada, por este motivo aparece que sua motocicleta se encontra com queixa de furto/roubo. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Cristiano Alves de Lima
Escrivão de Polícia
Matrícula 190.933-9

Responsável pelo Atendimento


BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
Comunitário, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (a) única(e) responsável(na) Informação acima assentada e (não) que posso responder civil e criminalmente pela postura declarada que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200301850 **Cidade:** Umarizal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDO (PSEUDOARTROSE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *093.636.724-50 Bruna Lee Nascimento 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: *Bruna Lee Nascimento da Silva* 6 - CPF: *093.636.724-50*
 7 - Profissão: *Aluno* 8 - Endereço: *Rua: Manoel Nascimento de Almeida* 9 - Número: *205* 10 - Complemento: *casar*
 11 - Bairro: *Presidente Costa e Silva* 12 - Cidade: *Mossoró* 13 - Estado: *RN* 14 - CEP: *59617-582*
 15 - E-mail: *brunalee.silva.m@gmail.com* 16 - Tel. (DDD): *(84) 99538506*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: *3064* CONTA: *2823 8* (2)

(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 Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disorde da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (na 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
Indicação
de
que
o
beneficiário
é
de
curadoria
ou
representante
legal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Mossoró/RN 30-08-2020*

* 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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000028238-2

Nr. da Autenticação 979D7C5710043599

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gráteis:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ALCILENE LEAL DA SILVA CPF: 480.995.204-69	DATA DE VENCIMENTO 28/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/01/2020	CONTÁ CONTRATO 000492222011
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SEIS DE JANEIRO 1615 SANTO ANTONIO/AREA URBANA 29611-070 MOSQUORO RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 182,17	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/01/2020	Nº DO CLIENTE 3000929488
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		NÚMERO DA NOTA FISCAL 036394741	Nº DA INSTALAÇÃO 0100089029
RESERVADO AO FISCO 7FF7.F455.7800.B0B8.DC5E.39A4.D96C.EB91		Série: U	

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	234,00	0,32982774	77,17
Consumo Ativo(kWh)-TE	234,00	0,32491805	76,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,06
Contrib. Item. Pública Municipal			14,57
Multa por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			3,68
Multa por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			3,55
Juros por atraso-NF 033406186 - 20/11/19			1,84
Juros por atraso-NF 034941360 - 20/12/19			0,17
Atualização IGPM-NF 033406186 - 20/11/19			0,58
Atualização IGPM-NF 034941360 - 20/12/18			0,52
TOTAL DA FATURA			182,17
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
157,26	18,00	157,26	0,85
		157,26	1,33
		157,26	3,94
		157,26	6,19

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32468050	JAN	20
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32087000	DEZ	19
		NOV	19
		OUT	19
		SET	19
		AGO	19
		SET	19
		JUN	19
		MAI	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AVULSO	CONSUMO EST.
00049000002131398638	CAT	20/12/2019 29.721,00	21/01/2020 29.955,00	32	1,00000	0,00	224,00
[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/02/2020]							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas com Energia	BARRACAS	2,42	4,05	9,91	19,82
PIG-Total vezes com Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração média de Interrupção contínua		2,42	2,77	0,00	0,00
DIICR-Duração de Interrupção em litro/círculo			Límite DICR: 12,22		
EMBO-Valor da Energia de Use x R\$		59,59			
Total Consumidor pode solicitar a apuração das indicadoras DIC, PIC, DMIC e EMBO a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES			
Pague no ponto mais perto de você! farmácia do povo nordestino: rua péró velho, 1215, centro / supermercado seo luz: r. rui pachá, 517, bairro jardim. lista completa em www.cosern.com.br .			
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente com espécie.			
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br .			
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.			
Pague em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL); Juros 1% a.m (Lei 10.420/92) a atualização monetária no prazo mês.			
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os prazos de atendimento comercial.			

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI			
CONTÁ CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000492222011	01/2020	182,17	28/01/2020
TALÃO DE PAGAMENTO			
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Set/06

01/06/06

ENTREGUE O DIA 01/06/06

NAME

ENDERECO

DATA

SOBRE

HORAS

PRESCRITO

ASSINATURA MEDICA

LIBERADO HORA

PREFEITURA DE
UMARIZAL

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMARIZAL
CNPJ: 08.348.963/0001-92 - AV. GAVIÃO, 19 - FONE: 84. 3397-2229
CEP: 59.865-000 - UMARIZAL/RN

RECEITUÁRIO

(Nome: _____)

- AO HOSPITAL -

Fazemos o favor de receber
o seu ato apresentado pelo
funcionário e da sua
pessoa. Recomendamos
que se faça o favor.

Assinatura 08/03/20.

Dr. Francisco Tadeu Nunes
Médico - CRM/RN 100
CPF: 107.723.880-19
Médico.

Data: _____

- Volte à consulta, favor trazer esta receita -

EM GRÁFICA (31) 363-1800

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA				TEL:	Nº REG: 441776
Nas: 07/09/1991	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	CertNasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> Nº	
Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS			Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO		
Endereço: RITA MARIA		0 AEROPORTO 2		MOSSORÓ	RN
Responsável:			TEL:		
Endereço do Responsável:					
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 08/03/2020		Hora admissão: 15:05	Data da Alta:	Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Peso: Bpm Temp: FR:					

Alega Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Fratura em perna () após queda moto - 5.500-
dor pressão ()
edema +141
NVL
lesão deformidade varo desalinhada perna ()

Lesões ou afecções encontradas

perna ()

RX:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura em perna () desvio desvio

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

(fechado)

Hora: 15:07

2: immobilização total imediata
0-ef
Pkt vai para monte
devido morar lá.
Analgesia

CRM
Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 TEOT 15149

HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Rua 25 de Julho, 1000 - Centro - 58200-000 - Sousa - PB

CNPJ 08.778.268/0027-08

Fone: (83) 3522.2774 - Sousa - Paraíba

RECEITUÁRIO - CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Edna L. de Souza

Endereço: Rua 25 de Julho, 1000

Prescrição: 1000 mg de Paracetamol

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

1^ª VIA FARMÁCIA - 2^ª VIA PACIENTE

84 Beto - Rua Bento Pinto - Sousa - PB. CEP 58311

BOLETIM DE URGÊNCIA

XAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

Médico / Carimbo

TINTO DO PACIENTE:

ta: _____ / _____ hora: _____

istino: Cl. Médica: Cl. Cirúrgica: Cl. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatria:

Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Traqnsferencia: Óbito:

Médico / Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEituARIO

P/ Bem Liso no anexo do S.º

Sua Letra:

U S L de sua e suas ministras

Enviado: 2022-06-06

Data: 06/06/2022

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Bruce Lee Carimbo

- TCG
- DIAO CUNHADO

Data: 16/03/20

Dr. Gustavo L. Carimbo
Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN



Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catolé do Rocha - PB



Sr.(a) Bruna Lee Mendes de Oliveira

RECEITUÁRIO

Grau II

Perente com história de
fractura em pms (O) há + 60 dias
com fratura do 1/3 distal da
fíbia (O). Grau II com pseudarthrose

HD: Pseudarthrose fíbia (O)

26/05/20

Dr. Daniel B. Caraleante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro

SANTANA BRÁFICA - FONE: (83) 9812-4200



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 69, Bairro Arizão, Pta dos Ferros RN, Telefax (84) 3353-7840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA TEL: Nº REG: 441776

Nas 07/09/1991 1-Masculino Solteiro AGRICULTOR Cert. nasc. Título CPF RG Nº

Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS Mãe: CLARICE ANTONIA DO NASCIMENTO

Endereço: RITA MARIA 01 AEROPORTO 2 MOSSORÓ RN

Responsável: TEL:

Endereço do Responsável:

Serviço: Urgência / emergência Enfermaria: Leito:

Admissão: 08/03/2020 Hora admissão: 15:05 Data da Alta: Hora da Alta:

Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:

Alega Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

freou em perna (E) após quarto mot - 570.

dor pulso (E)

edema +141

livre ou formigamento varo sentimento perna (E)

lesões ou afecções encontradas

queimadura (E)

RX:

AGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura em perna (E) deslocada avançada (fechado).

AGNÓSTICO DEFINITIVO:

15:07

(E) immobilização falso imobilizante

O - F

Take voi para monte
dendo morar lá.

Analgésico

CRM
Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 TEOF 15149



Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Amâncio Mota de Vasconcelos
Caeté do Rocha - PB



Sr.(a) Brace Lee Noronha do Silva

RECEITUÁRIO

Sintomas:

- Hissa intermedular de tibia
- H.D: Pre do artrose tibia (2)

26/05/20

Dr. Daniel B. Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbo

CANTO D'OR - FONE: (83) 3461-2492



Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Mota de Vasconcelos
Catolé do Rocha - PB



Governo
da Paraíba
Governo da Paraíba

Sr.(a) Bruna Lee Menezes de Siqueira

RECEITUÁRIO

Sol e fa

El 6 - + Riso Chirurgico

26/05/20

Dr. Daniel P. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbo

SANTANA GRANDE - PB (31) 99992-4221



Orto trauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome:

Bruno Lee N. da Sil

Sintomas:

hemofilia

coagulofilia

plaquias

anemia

exsanguin

Mossoró/RN 12/03/2012

Dr. Luis E. Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 4863
Médico

CLÍNICA ORTO TRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430
www.ortho-trauma.com



CLÍNICA OITAVA ROSADO



OS: 365996
 Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
 R.G.: /
 Médico: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES
 Convênio: SOCIO AEROPORTO
 Posto de Coleta: LABORATORIO

Data do Cadastro: 24/04/2020
 Data da Coleta: 24/04/2020 06:16
 CPF:
 Telefone: 084 98753-7680
 Idade: 21a 7m

Material: Sangue Total com EDTA Método: Aletinase

Referência:

CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA

GRUPO SANGUÍNEO	O	A, B, AB, O
FATOR RH	POSITIVO	NEGATIVO

Materiais: Soro Método: Aletinase RT-PCR Referência:

CREATININA

CREATININA 0,92 mg/dL

Valores referenciais:

Recém-nascido : 0,31 a 0,92 mg/dL
 2 semanas a 1 ano : 0,15 a 0,30 mg/dL
 1 ano a 7 anos : 0,17 a 0,30 mg/dL
 7 anos a 10 anos : 0,34 a 0,61 mg/dL
 Adulto (Homem) : 0,53 a 1,10 mg/dL
 Adulto (Mulheres) : 0,70 a 1,00 mg/dL
 Pediátrico: 0,36 a 1,30 mg/dL
 Criança 0 a 1 ano: 0,67 a 1,31 mg/dL
 Criança 1 a 6 meses : 0,42 a 0,60 mg/dL
 Criança: 1 a 10 anos: 0,40 a 0,90 mg/dL

TAXA DE FILTRACAO GLOMERULAR 110,4 mL/min/1,73 m²

*Equação MDRD simplificada para cálculo eGFR
 eGFR = cálculo recomendado pela National Kidney
 eGFR Normal: > 60 mL/min/1,73 m²
 eGFR em Doença Renal Crônica: < 60 mL/min/1,73 m²
 Insuficiência Renal: < 15 mL/min/1,73 m²
 Equação para cálculo MDRD: eGFR = 175 * (1,23^(-0,99 * log10(Creatinina)))

JOÃO BENTO HOLANDA NOGUEIRA
 FARMACEUTICO/BIOQUIMICO CRF 3199/RN

IMPORTANTE: Os valores dos testes de laboratório devem intuirnos de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.



CLÍNICA OITAVA ROSADO



OS: 365996
 Nome: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA
 R.G.: /
 Médico: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES
 Convênio: SOCIO AEROPORTO
 Posto de Coleta: LABORATORIO

Data do Cadastro: 24/04/2020
 Data da Coleta: 24/04/2020 06:16
 CPF:
 Telefone: 084 98753-7680
 Idade: 21a 7m

Referência: Sangue total

Método: Automatizado -HUTEROS 66

Referência:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....	4,58 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50 Milhões/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13,5 g/dL	Normal	12,50 a 16,00 g/dL
HEMATOCRITO.....	41,5 %	Normal	38,00 a 48,00 %
VCM.....	90,6 µm ³	Normal	80,00 a 98,00 µm ³
RCM.....	29,5 pg	Normal	26,00 a 34,00 pg
CHCM.....	32,5 pg	Normal	30,00 pg a 35,00 pg
RDW.....	14,0 %	Normal	11,00 a 15,00 %

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	9000/mm ³	Normal	4000 a 11000/mm ³
PROMIELOCITOS.....	0% 0/mm ³	0 a 2%	0 a 0/mm ³
MIELOCITOS.....	0% 0/mm ³	0 a 2%	0 a 0/mm ³
METAMEELOCITOS.....	0% 0/mm ³	0 a 0.5	0 a 0/mm ³
BASTOES.....	0% 0/mm ³	0 a 6%	0 a 550/mm ³
SEGMENTADOS.....	58% 5220/mm ³	45 a 65%	2800 a 7000/mm ³
LINFOCITOS.....	34% 3060/mm ³	20 a 45%	1000 a 4900/mm ³
LINFOCITOS ATÍPICOS.....	0% 0/mm ³	0 a 2%	0 a 200/mm ³
ESINOFILOS.....	2% 180/mm ³	1 a 4%	40 a 550/mm ³
BASOFILOS.....	0% 0/mm ³	0 a 2%	0 a 200/mm ³
MONOCITOS.....	6% 540/mm ³	4 a 8%	200 a 850/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	305.000/mm ³	150.000 a 450.000/mm ³
----------------------------	-------------------------	-----------------------------------

JOAQUIM HOLANDA NOGUEIRA
 FARMACEUTICO/BIOQUIMICO CRF 3199/RN

IMPORTANTE: Os valores dos testes de laboratório sofram influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

Idadez 18 anos

MAT.: 136.904

Name: Brunice Lee N. da Silva Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 07/09/1991 Est. Civil: S Resp.: Juliane F. de Sousa
Rua: Antônio P. da Paixão Cidade: Castelo do Ribeiro - PB
Médico Assistente: Dr. Daniel Clínica: ENURGICA - ORTOPEDIA
Data da Internação: 12/06/2020 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Dor - deformidade perna (Circled)

História da Doença Atual:

Quando de moto ei fraturado perna (Circled)
ei fraturado (Circled) elas espiras de ferro (Circled)

EXAME FÍSICO:

- Dor
- ponto fijo de fratura
- Deformidade

DIAGNÓSTICO: Fratura do osso de ferro (Circled)

Procedimento: Retiramento Cirúrgico

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CRM-PB 9248
Dr. Daniel B. Góes
Ortopedia e Traumatologia



Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Brice Lee
some

100

Entfernung:

Leit: Categoric:

Nome do Paciente

Bruce Lee Noronha Silveira

Nº Prontuário

136 904

Data Operação

12/06/20

Enf.

Leito

Operador

Daniel Braga

1.º Auxiliar

Wanderson Raphael

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Júnior Godolho

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura omoplata do pescço (D)

Retardo de consolidação

Tipo de Operação

Tratamento Cirúrgico

Diagnóstico Pós Operatório

Relatório Imediato do Patologista

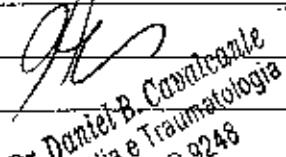
Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Ponto de 201
- Assepsia e anti-sepsia
- Aproximação de campo estéril
- Frenos arteriais, infra pulmonar, ex. joelhos (D)
- Acesso trapezoidal
- Exsangue com rebos de copula + passagem fio grena
- Frenos incisivos
- Frenos com fresa flexível até n.º 12
- Passagem de ponte intramedular bloqueada n.º 11X340
- Bloqueio distais + proximais, nessa ordem
- Laringos
- Entura
- Limpeza
- Colagenos



Daniel B. Cavalcante
e Traumatologia
9246

NOMES

Bruno Lee Maccione Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Bruno de Nasciemento 04-5141

Residente 28 ANOS

Paciente com 200 g de peso,
Nega HTS e DQ. Nega alterações

AE: Recept BMF s/s PR: 120 x 80 mm Hg

AR: VV s/ RA

EEG: NORML

AS4 I

05/05/2020
Dixon Ladeira Medeiros Lima
Cirurgião
0663097

Data: 1/1/

Assinatura e Cetimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - DEPARTAMENTO NACIONAL DE POLÍCIA

EXCELENTE CERTIFICADO DE IDENTIDADE

EXCELENTE CERTIFICADO DE IDENTIDADE

NOME

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

1329227 Itep RN

CNPJ DATA NASCIMENTO

877.270.214-15 08/08/1972

PARECER

FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO ACC CAT/MAIS

Nº REGISTRO 00.047.180-642-4

VALIDADE 07/12/2021

1ª HABILITACAO 08/09/1994

OBSERVAÇÕES

A :

Paulo Sergio Castro de Noronha

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO

08/12/2016

99416102055

RN702520714

ASSINATURA DO EMISSOR

VÁLIDA EM TODA
A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1290387313

PROBLEMA PLASTIFICAR

1290387313

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
CENTRO FEDERATIVO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

BRUNO LEE NASCIMENTO DA SILVA

OCUPAÇÃO
2941602 TIPO

093.636.724-50 07/09/1992

PAI
FRANCISCO DAS CHAGAS
DA SILVA
CLARICE ANTONIA DO
NASCIMENTO

MARCA
AC
CLO
P

CPF
05991289271

NAME
07/03/2018

1º HABITACAO
06/02/2018

PAIXÃO APÓS BOMBEIRADA

Bruna Lee Nascimento da Silva

OCUPAÇÃO
2941602 TIPO

OCUPAÇÃO
06/02/2018

0145755596

RN70213801

86169

Christina

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - RN - 12346 // 09815 N° 014853953538
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RNFRC - EXERCÍCIO
1 09203886623 ***** 2020

NOME
WICERES RODRIGUES FERNANDES

CPF/CNPJ - PLACA - CLASSE
073.135.164-98 NN05152 C2000

PLACA ANT./UF - N° CHASSI
NN05152/RN SC2KC1610AN030299

VEHICULO - DOMESTICO - EXERCÍCIO
PISSAGINHO/MONOCICLO/SCOOTER/VEICULO

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MFG.
HONDA/CG150 ZITAN KLE RS 2010 2010

CAP. / POT / OIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
0CV/145 CICLOMOTORADAS PARTICULAR VERMELHA

COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	VENG. / COTAS
R\$ 0,00	15/03/2020	1º PAGO
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A 002849 3K	R\$ *****	3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVIAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
MOTOR: EC1621A030299

PORTO DO MARIANO - Cidade Abençoados RN
CONCESSIONÁRIO DE REGISTRO DE VEÍCULOS
DETTRAN - RN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VÍA TERRESTRE, OU PDR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURADO DPVAT

RN N° 014853953538 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoraleder.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1500

EXERCÍCIO - DATA VENCIMENTO
2020 13/01/2020

VIA - COD. RENAVAM - PLACA
073.135.164-98 NN05152

MARCA / MODELO - N° CHASSI
HONDA/CG150 ZITAN KLE RS SC2KC1610AN030299

ANO FAB. - CAT. IPVA - CUSTO DO SEGURO (R\$)
2010 9 107,95

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) - DEVIAT (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
107,95

CUSTO DO BILHETE (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
107,95 13/01/2020

PAGAMENTO - DATA DE OBTENÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0800 022 1500 13/01/2020

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Brue Lee Nascimento da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Aluno, Data do Acidente 08/02/2020
Cobertura envolvida portador(a) do RG 2.943.802, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 093.636.724-50 residente no(a)
Rua: Manoel Nascimento 3 Almeida nº 805,
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15 residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró/RN 08-02-2020

Local e Data

o Bruce Lee N. da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236719/20

Vítima: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

CPF: 093.636.724-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2020

Titular do CPF: BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA : 877.270.214-15

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

BRUCE LEE NASCIMENTO DA SILVA : 093.636.724-50

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: 24/08/2020
Nome: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA
CPF: 877.270.214-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA