
Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346277

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346277

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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.

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

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

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

Nome completo: Francisco de Assis Dantas CPF: 079-609-374-93
 Profissão: Aux. de Mecânico Endereço: Rua - Antonio Silveira da Silva Número: 435 Complemento: casa
 Bairro: Bom Horizonte Cidade: Araruama Estado: RJ CEP: 59-650-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 84-9.9933-9300

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0756 ☐ CONTA: 62-873 ☐ 8
 (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.

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 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 conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Araruama/RJ 17-12-2018

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Assis Dantas
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

348-64544483-3

14/DEZ/2018

HORA DE 12:59:28

LOT: 17.019196-6

TERM: 018245

LOCALIDADE: ACU

AG. VINCULADA: 0750

CONTROLE: 329467988

DEPOSITO EM DINHEIRO

0756 013 80862873-8

FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

348-64544483-3

1ª VIA



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

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU

Endereço: Rua João Pessoa, 508, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6595

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018091001833

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/12/2018 08:01:18

1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/10/2018 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo de local: Via Pública

2.8 Número: *

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: NOVO HORIZONTE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 018 PROXIMO AO TRT, PROXIMO AO CEMITERIO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: AÇU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07960917493

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 999339300

3.17 Número: 435

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: AÇU

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: INACIO DANTAS

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA DANTAS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 27/04/1979

3.14 RG: 002553287 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ASSU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: ANTONIO SILVERIO DA SILVA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: ERIVANILDO JUSTO DE MOURA

6.1.2 Nome Social:

6.1.4 Etnia: Parda

6.1.6 Mãe: LIVANETE JUSTO DE MOURA

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.10 CPF:

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: TRAVESSA JOSE BEZERRA DE SA

6.1.17 Número: 117

6.1.19 Bairro: LAGOA DE FERREIRO DE FORA

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: ANA PAULA GALDINO DA SILVA

6.2.2 Nome Social:

6.2.4 Etnia: Parda

6.2.6 Mãe: MARIA VERA LUCIA DA SILVA

6.2.8 Sexo: FEMININO

6.2.10 CPF: 05752690498

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: JOSE NAZARENO LOPES

6.2.17 Número: 1017

6.2.19 Bairro: BAVIERA - CRISTOVÃO DANTAS

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.1.3 Estado civil: União Estável

6.1.5 Identidade de Gênero:

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.9 Pai: Parda

6.1.11 Data de Nascimento: 26/06/1980

6.1.13 RG: 002345556

6.1.15 Profissão: SERVENTE

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: AÇU

6.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.2.5 Identidade de Gênero:

6.2.7 Orientação Sexual:

6.2.9 Pai: Parda

6.2.11 Data de Nascimento: 23/05/1982

6.2.13 RG: 002380290

6.2.15 Profissão: PESCADOR

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: AÇU

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****17238

7.1.5 Placa: MZB4313

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.11 Cor do veículo: LARANJA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: INACIO DANTAS

7.1.17 Nome do condutor: JORGE FERREIRA DE SANTANA

7.1.18 Observações: DPVAT.

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2005

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

DADOS DA OCORRÊNCIA

DOS FATOS

1 Histórico

DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PASSOU UM CACHORRO NA FRENTE E ASSIM O MOTORISTA FOI DESVIAR E PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR, QUE O SAMU VINHA PASSANDO PRÓXIMO E ASSIM PAROU E SOCORREU A VÍTIMA O LEVANDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ASSU/RN, QUE A VÍTIMA TEVE UMA LESÃO NO TENDÃO E ESTÁ ESPERANDO POR UMA CIRURGIA. NADA MAIS DISSSE. O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS DECLARAÇÕES.

2 Informações do CIOSP

Protocolo: J2018091001833 - Código de autenticação: 3e133c41b8871a0219d6b80909282a1

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 14/12/2018 09:01:18

AL 2198045

Policial

Eltonia da Silva

Interessado



Polgar direito

Atendimento: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto

Impresso por: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto em 14/12/2018 09:03:14

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU

Endereço: Rua João Pessoa, 598, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6596

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018091001833

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/12/2018 09:01:18

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/10/2018 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: *

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: NOVO HORIZONTE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 016 PROXIMO AO TRT, PROXIMO AO CEMITERIO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: AÇU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

3.3 Nome Social:

3.5 Ethnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07960917493

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 999338300

3.17 Número: 435

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: AÇU

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: INACIO DANTAS

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA DANTAS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 27/04/1979

3.14 RG: 002553287 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ASSU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: ANTONIO SILVERIO DA SILVA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: ERIVANILDO JUSTO DE MOURA

6.1.2 Nome Social:

6.1.4 Ethnia: Parda

6.1.6 Mãe: LIVANETE JUSTO DE MOURA

6.1.8 Sexo: MASCULINO

6.1.10 CPF:

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: TRAVESSA JOSE BEZERRA DE SA

6.1.17 Número: 117

6.1.19 Bairro: LAGOA DE FERREIRO DE FORA

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: ANA PAULA GALDINO DA SILVA

6.2.2 Nome Social:

6.2.4 Ethnia: Parda

6.2.6 Mãe: MARIA VERA LUCIA DA SILVA

6.2.8 Sexo: FEMININO

6.2.10 CPF: 05752690498

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: JOSE NAZARENO LOPES

6.2.17 Número: 1017

6.2.19 Bairro: BAVIERA - CRISTOVAO DANTAS

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: União Estável

6.1.5 Identidade Gênero:

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.9 Pai: Parda

6.1.11 Data de Nascimento: 26/08/1980

6.1.13 RG: 002345558

6.1.15 Profissão: SERVENTE

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: AÇU

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

6.2.5 Identidade Gênero:

6.2.7 Orientação Sexual:

6.2.9 Pai: Parda

6.2.11 Data de Nascimento: 23/05/1982

6.2.13 RG: 002380290

6.2.15 Profissão: PESCADOR

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: AÇU

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****17238

7.1.5 Placa: MZB4313

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.11 Cor do veículo: LARANJA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: INACIO DANTAS

7.1.17 Nome do condutor: JORGE FERREIRA DE SANTANA

7.1.18 Observações: DPVAT.

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2005

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, UE PASSOU UM CACHORRO NA FRENTE E ASSIM O MOTORISTA FOI DESVIAR E PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR, QUE O SAMU VINHA PASSANDO RÓXIMO E ASSIM PAROU E SOCORREU A VITIMA O LEVANDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ASSU/RN, QUE A VITIMA TEVE UMA LESÃO NO TENDÃO E STA ESPERANDO POR UMA CIRURGIA. NADA MAIS DISSE. O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS DECLARAÇÕES.

8.1.2 Informações do CIOSP

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

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

Nome completo: Francisco de Assis Dantas CPF: 079-609-374-93
 Profissão: Aux. de Mecânico Endereço: Rua - Antonio Silveira da Silva Número: 435 Complemento: casa
 Bairro: Bom Horizonte Cidade: Araruama Estado: RJ CEP: 59-650-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 84-9.9933-9300

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0956 ☐ CONTA: 62-873 ☐ 8
(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.

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 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 conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Araruama/RJ 17-12-2018
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Assis Dantas
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Franuiza de Almeida Santos, 45 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,
Bairro novo Horizonte - Cindá,
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN

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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062873-8

Nr. da Autenticação F7104F824AD233CC

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOSZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosarn.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:
-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 Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE TARCISIO ANTONIO DA FE CPF: 859.777.964-09	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 61,90	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 017092325 Série: U	CONTA CONTRATO 007010067345 Nº DO CLIENTE 3500777528 Nº DA INSTALAÇÃO 0800075950
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435 NOVO HORIZONTE/AREA URBANA 59050-009 ASSU RN	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2018), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.ccoern.com.br	RESERVADO AO FISCO 5351.B7C6.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,50	0,61148416	53,19
Acrescimo Baniêira AMARELA			0,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,86
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IOPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
TOTAL DA FATURA			61,90

TARIFAS APLICADAS				HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo(kWh)	0,46891692				kWh	
				DEZ 18	██████████████████	87
				NOV 18	██████████████████	101
				OUT 18	██████████████████	103
				SET 18	██████████████████	100
				AGO 18	██████████████████	124
				JUL 18	██████████	64
				JUN 18	████████	49
				MAI 18	██████████████████	93
				ABR 18	██████████	68
				MAR 18	██████████████████	105
				FEV 18	██████████████████	134
				JAN 18	████████	45
				DEZ 17	████	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO								
	R\$	%		R\$	%		R\$	%
Geração de Energia	18,32	35,48						
Transmissão	2,77	5,18						
Distribuição (Cosem)	13,12	24,55						
Recargas Materiais	1,66	3,30						
Tratamento	11,41	21,37						
Perdas de Energia	3,03	5,90						
TOTAL	53,45	100						

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
53,45	18,00	9,62	53,45	0,60	0,32	53,45	2,77	1,48

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NDTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002159446441	CAT	23/11/2019	1.920,00	21/12/2019	2.007,00	28	1,99000	0,00	87,99

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
out/2019					
DIC-Ida do horas sem Energia	AÇU	0,89	5,43	10,86	21,73
FTC-Node vezes sem Energia		0,89	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,89	3,11	6,00	6,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EURO-Valor do Encargo do Uso = R\$ 20,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FTC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: Ana Cristina de Freitas Rykiel: av João Batista Lacerda Montenegro, 246, Centro / g f pex no fones me: rua coronel emílio dantas da silveira, bela vista. Lista completa em www.cosem.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da liberação a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Re444/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) a atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
NÍVEIS DE TENSÃO												
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)											
	MÍNIMO	MÁXIMO										
220	202	231										
	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA											

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010067345	12/2018	61.90	02/01/2019	



Evite dobrar, perfurar ou cortar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 156, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.166/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosem.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSEMN: 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 Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

TARCISIO ANTONIO DA FE

CPF: 350.777.964-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435

NOVO HORIZONTE/AREA URBANA
59650-809 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosem.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,90

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017092325

Série: U

CONTA CONTRATO

007010067345

Nº DO CLIENTE

3000777528

Nº DA INSTALAÇÃO

0000019650

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5351.B7C6.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,08	0,61148416	53,19
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,26
Contrib. lum. Pública Municipal			5,88
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IGPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
TOTAL DA FATURA			61,90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
53,45	18,00	9,62	53,45	0,60	0,32	53,45	2,77	1,48

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8.49081008

HISTÓRICO DO CONSUMO

	DEZ 18	NOV 18	OUT 18	SET 18	AUG 18	JUL 18	JUN 18	MAY 18	ABR 18	MAR 18	FEB 18	JAN 18	DEZ 17
kWh	87	101	103	100	124	64	49	93	68	105	134	46	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	18,89	30,40
Transmissão	2,71	4,38
Distribuição (Custos)	13,12	21,19
Energias Soterais	0,59	0,95
Tributos	11,42	18,45
Perdas de Energia	3,53	5,70
TOTAL	50,48	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

000000002158446441 CAT 23/11/2018 1.520,00 21/12/2018 2.037,08 28 1,50000 0,00 87,08

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
out/2018					
DIC-No de horas sem Energia	AQU	0,00	5,43	10,86	21,73
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	1,30	6,56	13,26
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	8,06	8,06
DICI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICI: 12,22
EURO-valor do Encargo de Uso - R\$ 20,63					
Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ana cristina de Freitas nyklei: av joao batista lacerda montenegro,240, centro | g f peixoto frios me: rua coronel emilio dantas da silveira, bela vistaLista completa em www.cosem.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010067345	12/2018	61,90	02/01/2019	

838200000002 619000384070 010067345201 016395441230



Evite dobrar esta fatura para não causar
este canhoto será usado em leitora ótica.

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 159, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-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 Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

TARCISIO ANTONIO DA FE

CPF: 850.777.964-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435

NOVO HORIZONTE/AREA URBANA
59650-200 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,90

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017092325

Série: U

CONTA CONTRATO

007010067345

Nº DO CLIENTE

300777528

Nº DA INSTALAÇÃO

000019650

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5351.B7C6.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,80	0,61148416	53,19
Acrescimo Banheira AMARELA			0,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,85
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IOPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
TOTAL DA FATURA			61,90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
55,45	18,00	9,92	55,45	0,60	0,32
			55,45	2,77	1,48

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,40891692

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 18	87
NOV 18	101
OUT 18	103
SET 18	100
AGO 18	124
JUL 18	64
JUN 18	49
MAI 18	93
ABR 18	68
MAR 18	100
FEV 18	134
JAN 18	45
DEZ 17	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	18,32	29,48
Transmissão	3,77	5,38
Distribuição (Cosern)	12,12	24,55
Reservas Soterais	3,88	6,30
Perdas	11,41	21,57
Perdas de Energia	3,63	5,90
TOTAL	63,45	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS/ANO	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº Dias	Constante	Ajuste	Consumo kWh
9999999999999999	CAT	23/11/2018	21/12/2018	28	1,99999	0,00	87,80

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
out/2018					
DIC-Deixou de operar sem Energia	AQU	0,89	5,43	18,86	21,73
ITC-Node vezes sem Energia		0,89	3,30	8,66	13,20
DIC-Deixou de operar sem Energia		0,89	5,11	8,66	8,66
DIC-Deixou de operar sem Energia					
Limite DIC: 12,22					
EUSO-Valor do Encargo do Uso = R\$ 20,63					
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, ITC, DMC e DPC e qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: na cristina de freitas rykiel: av joao batista lacerda montenegro,248,
centro | g f peix de farias me: rua coronel emilio dantas da silveira, bela vista | lista completa em
www.cosern.com.br
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010067345	12/2018	61,90	02/01/2019	

838200000002 619000384070 010067345201 016395441230



Evite dobrar, rasgar ou danificar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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 COAF**².

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 Francisco das Chagas Pontes inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Assis Pontes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93 do sinistro de DPVAT cobertura Anulidade da Vítima
Francisco de Assis Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: <u>Rua - Antonio Silveiro da Silva</u>		Número: <u>435</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>Araucária</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59.650-000</u>
Email: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): <u>84-9.9933-9300</u>

Araucária/RN, 17 de Dezembro de 2018
Local e Data

Francisco das Chagas Pontes
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco das Chagas Pontes inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Assis Pontes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93 do sinistro de DPVAT cobertura Anulidade da Vítima
Francisco de Assis Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: <u>Rua - Antonio Silveiro da Silva</u>		Número: <u>435</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>Araucá</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59.650-000</u>
Email: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): <u>84-9.9933-9300</u>

Araucá/RN 17 de dezembro de 2018
Local e Data

Francisco das Chagas Pontes
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Inacio Dantas,
RG nº 438.325, data de expedição 24/04/2018
Órgão STP, portador do CPF nº 221.665.994-00, com
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
maria milo morais, nº 119,
complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco de Assis Dantas cujo o condutor era
Jorge Ferreira de Santana.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/EG-350 TITAN ES
Ano: 2005
Placa: MZB-4333
Chassi: 9C2KCO8505R837238
Data do Acidente: 27-10-2018
Local e Data: Rua pública

Inacio Dantas
Assinatura do Declarante

JORGE FERREIRA DE SANTANA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Inacio Dantas,
RG nº 438.325, data de expedição 24/04/2018
Órgão STP, portador do CPF nº 221.665.994-00, com
domicílio na cidade de Aracá, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
maria milo morais, nº 119,
complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco de Assis Dantas cujo o condutor era
Jorge Ferreira de Santana.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/EG-350 TITAN ES
Ano: 2005
Placa: MZB-4333
Chassi: 9C2KCO 8505R 837238
Data do Acidente: 27-10-2018
Local e Data: Rua pública

Assinatura do Declarante

JORGE FERREIRA DE SANTANA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Assis
Secretaria Municipal de Saúde



SUS
Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Atendimento Nº: 217

Nome: Francisco Dantas	Idade: 45	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe: Jéssica dos Santos Silva	Profissão:
Endereço (Rua/Av.): Rua São João	Nº: 1	Complemento:
Bairro: Assis	Cidade: Assis	Estado: RN
Clinica:	Data: 22/10/18	Hora: 22:19
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: J. Dantas	
Assinatura do Paciente:		

ACOLHIMENTO:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:		
Antecedentes Alérgicos:		
HAS () DM ()	Assinatura:	Classificação:

ANAMNESE:

Travessia ao nível D.

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____
SpO2: _____ HTG: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:
(X) Radiológico: Rr
() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH
Saída: Data/Hora / / às h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra unid. Urgência () Especialidade
() Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Dr. Wilson Ferreira de Moraes
Médico
CRM 1455

→ Voltage my

→ Intensification

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CRES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CRES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fco de Amor Dantas

6 - NOME DO PROMOTOR

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RUA

11 - NOME DA MÃE

Masc. 1

Fem. 3

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

100

13 - TELEFONE DE CONTATO
MÓVEL TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

500

14 - TELEFONE DE CONTATO
RESIDENCIAL

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. REG. MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do fêmur direito
D. descolada

21 - CONDIÇÕES QUE LEVAM À INTERNAÇÃO

Ho. cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RADIOLÓGICOS E EXAMES REALIZADOS)

fratura + ex + r

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIA

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

28 - DATA DE SOLICITAÇÃO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - EXAME

32 - NÚMERO DO LAUDO DE EXAME

33 - NOME DO RESPONSÁVEL ASSISTENTE

34 - CID

35 - NÚMERO DO LAUDO DE EXAME

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

37 - CID

38 - CID

39 - CID

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CID 10 PRIMÁRIA

35 - CID 10 SECUNDÁRIO

36 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

37 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

38 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

39 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

40 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

41 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

42 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

43 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

44 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

45 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

46 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

47 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

48 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

49 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

50 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

51 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

52 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

53 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

54 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

55 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

56 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

57 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

58 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

59 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

60 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

61 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

62 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

63 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

64 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

65 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

66 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

67 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

68 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

69 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

70 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

71 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

72 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

73 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

74 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

75 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

76 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

77 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

78 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

79 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

80 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

81 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

82 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

83 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

84 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

85 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

86 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

87 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

88 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

89 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

90 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

91 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

92 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

93 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

94 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

95 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

96 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

97 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

98 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

99 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

100 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Francisco de Assis Antas, 45 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,
Bairro Novo Horizonte - Assú,
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Assis
Secretaria Municipal de Saúde



Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Atendimento Nº: 217

Nome: Francisco Dantas	Idade: 45	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe: Isolina não sabe informar	Profissão:
Endereço (Rua/Av.): não sabe informar	Nº: 1	Complemento:
Bairro: São José	Cidade: Assis	Estado: RN
Clinica:	Data: 22/10/18	Hora: 22h19
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: [assinatura]	
Assinatura do Paciente:		

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:		
Antecedentes Alérgicos:		
HAS () DM ()	Assinatura:	Classificação:

ANAMNESE:

trauma no olho D.

EXAME FÍSICO:

Peso: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:
SpO2: HTG:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:
(X) Radiológico: Rx
() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:	CID:
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH	Méico: (Carimbo e Assinatura)
Saída: Data/Hora / / às : h. () Alta referido para UBS () Óbito	[assinatura] Wilson Ferreira de Menezes Médico Residência
() Outra unid. Urgência () Especialidade	
() Internação no Hospital:	

SUS

União de
Saúde da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fco de Almeida Dantas

6 - Nº DO PRECATÓRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA

11 - NOME DA MÃE

12 - ANOS

13 - MESES

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. REG. MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do fêmur esquerdo
D. desviada

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

HO cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

fratura + OR + R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

urgência

31 - DOCUMENTO

32 - NÚMERO DO DOCUMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE

34 - DATA DE SOLICITAÇÃO

23/11/87

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

37 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() EMPREENSÃO

() OUTRO

AUTORIZAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

40 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

41 - DATA DE EMISSÃO

42 - (DOCUMENTO)

43 - (DOCUMENTO) OUTRO

() CNES

() CPF

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



PLANTAO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO-GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco de A. Neta

Paciente c/ fratura do Tubérculo supra
do úmero. D. após trauma referido em
Novembro de 2011. Estava aguardando
cirurgia.

Evolveu c/ melhorias da SM no
último D.

Rx c/ fratura em consolidação avançada.

Está em tratamento c/ Fisioterapia
Necessário de avaliação period.

CU S'121

Natal,

08/02/2013

Filippi Ramieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pê e Tornozelo
CRM RN 0963/TEOT 15251



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Francisco de Assis Antas, 45 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,
Bairro Novo Horizonte - Assú,
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Assis
Secretaria Municipal de Saúde



Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Atendimento Nº: 217

Nome: Francisco Dantas	Idade: 45	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe: Isolina não sabe informar	Profissão:
Endereço (Rua/Av.): não sabe informar	Nº: 1	Complemento:
Bairro: São José	Cidade: Assis	Estado: RN
Clinica:	Data: 22/10/18	Hora: 22h19
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: [assinatura]	
Assinatura do Paciente:		

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:		
Antecedentes Alérgicos:		
HAS () DM ()	Assinatura:	Classificação:

ANAMNESE:

trauma no olho D.

EXAME FÍSICO:

Peso: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:
SpO2: HTG:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:
(X) Radiológico: Rx
() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:	CID:
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH	Médico: (Carimbo e Assinatura)
Saída: Data/Hora / / às : h. () Alta referido para UBS () Óbito	[assinatura] Wilson Ferreira de Menezes Médico Residência
() Outra unid. Urgência () Especialidade	
() Internação no Hospital:	

SUS

Unico de
Saude da
SaudeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fco de Almeida Dantas

6 - Nº DO PRECATÓRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA

11 - NOME DA MÃE

12 - ANOS

13 - MESES

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. REG. MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do fêmur esquerdo
D. desviada

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Hx anagica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

fratura + OR + R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

urgência

31 - DOCUMENTO

044532324-87

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE

23/11/87

23/11/87

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

35 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() EMPREGADO

() OUTRO

AUTORIZAÇÃO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

39 - DATA DE EMISSÃO

40 - (DOCUMENTO)

41 - (DOCUMENTO) OUTRO

() CNES

() CPF

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



PLANTAO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO-GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco de A. Neta

Paciente c/ fratura do Tubérculo supra
do úmero. D após trauma referido em
Novembro de 2011. Estava aguardando
cirurgia.

Evolveu c/ melhorias da SM no
último D.

Rx c/ fratura em consolidação avançada.

Está em tratamento c/ Fisioterapia
Necessário de analgésicos por vezes.

CID S12.1

Natal,

08/02/2013

Filippi Ramieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pê e Tornozelo
CRM RN 0963/TEOT 15251



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),
Francisco de Assis Dantas, 45 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,
Bairro Novo Horizonte - Assú
paciente vítima de Queda de moto

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Assu
Secretaria Municipal de Saúde



Sistema
Unico
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Nome: <u>Francisco Dantas</u>		Idade: <u>45 a</u>	Atendimento Nº: <u>217</u>
Cartão SUS: _____	Nome da Mãe: <u>Luciana, não sabe informar</u>	Profissão: _____	Sexo: <u>M</u>
Endereço (Rua/Av.): <u>não sabe informar</u>		Nº: _____	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>Assu</u>	Estado: <u>RN</u>	Telefone: _____
Clinica: _____	Data: <u>22/10/18</u>		Hora: <u>22:17</u>
Motivo da Procura: _____	Rubrica Servidor: <u>[assinatura]</u>		
Assinatura do Paciente: _____			

ACOLHIMENTO:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

trauma no ombro D.

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____
SpO2: _____ HTG: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

(☒) Radiológico: Rx

() ECG

() Outros:

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH

Saida: Data/Hora: _____ às _____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

[assinatura]
Márcia Ferreira de Moraes
Médico
CRM 12345

→ revenue my

→ Generalization



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PLANTAO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIOS-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco de A. Brito

Paciente c/ fratura do tubérculo superior do úmero. H após trauma referido em Novembro de 2018. Estava aguardando urgência.

Evoluiu c/ diminuição da dor no membro D.

Rx c/ fratura em consolidação precoce da

Está em tratamento c/ Fisioterapia
Necessita de avaliação física

C. B. S. J.

Natal,

08/02/2019

Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM RN 09631/TEOT 15251

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 553.287

05/05/2014

FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

INACIO DANTAS

MARIA DE SAATINA DANTAS

0553 287

CEP. DE NASCIMENTO L-035 5-18 58-9131

0553 287-2 CONTORNO

079.609.174-93

27/04/1979

2a. VZ

Assinatura

Assessoria Técnica

LEI Nº 7.116 DE 29.06.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO QUENTICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Francisco de Assis Dantas

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 553.287

05/05/2014

FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

INACIO DANTAS

MARIA DE FATIMA DANTAS

0553 287

CEP. DE NASCIMENTO L-035 5-18 58-9131

0553 287-2 CONTORNO

079.609.174-93

27/04/1979

2a. VIZ

Assinatura

Assessoria Técnica

LEI Nº 7.116 DE 29.06.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO QUENTICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Francisco de Assis Dantas

CARTERA DE IDENTIDADE




PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346277 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TUBÉRCULO MAIOR À DIREITA. (ANEXO 1 P3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3 P4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 08/02/2019 ASSINADO PELO DRº FILIPPI RANIERI ALVES - CRM 6963/RN

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083039/19

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

CPF: 079.609.174-93

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS : 074.549.004-29

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

FRANCISCO DE ASSIS DANTAS : 079.609.174-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS
CPF: 074.549.004-29

FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS