



Número: **0804326-66.2020.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **16/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DE ASSIS DANTAS (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64196 045	07/01/2021 21:57	<u>2777464_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14371647



Pag 00533/00534 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101072157293460000061517011>
Número do documento: 2101072157293460000061517011

Num. 64196045 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00907/00908 - carta_03 - INVALIDEZ



00070454

Carta nº 14378563



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>
Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o[s] tipo[s] de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>
Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 3

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

Nome completo: Franisco de Souza Dantas		CPF: 099-609-374-93
Profissão: Serv. de Meio Ambiente	Endereço: Rua - Antônio Silveira da Silva	Número: 435
Bairro: Novo Horizonte	Cidade: Aracai	Complemento: esca
Estado: RN	CEP: 59.650-000	Tel.(DDD): 84-9.9933-9300
E-mail:		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0756**CONTA: **62-873**

(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 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.

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das fésies 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Local e Data: **Aracai / RN 27-32-2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

xuanicolasdantas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101072157293460000061517011

Número do documento: 2101072157293460000061517011

Num. 64196045 - Pág. 4

Caixa Econômica Federal
SAC 0800 726 0181
Dividirta 0800 725 7474

348-645444483-3

14/07/2018 HORA DF 12:59:28

LÓT: 17.039196-6 TERM: 018245
LOCAL IDADE: ACU
AD. VENCIMENTO: 07/91 CONTROLE: 329467488

DEPÓSITO EM DINHEIRO

8756 013 88862873-8

FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECEBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

348-645444483-3

1ª VIA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>
Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 5



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU
 Endereço: Rua João Pessoa, 598, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6595

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2010091001833

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

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

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

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.11 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

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

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autor/a: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

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

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 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: 002563287 - ITAP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ASSU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: ANTONIO SILVERIO DA SILVA

3.24 CEP:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

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

5.1.1 Nome Completo: ERIVANILDO JUSTO DE MOURA

5.1.2 Nome Social:

5.1.4 Etnia: Parda

5.1.6 Mãe: LIVANETE JUSTO DE MOURA

5.1.8 Sexo: MASCULINO

5.1.10 CPF:

5.1.12 Nacionalidade:

5.1.14 Passaporte:

5.1.16 Logradouro: TRAVESSA JOSE BEZERRA DE SA

5.1.17 Número: 117

5.1.19 Bairro: LAGOA DE FERREIRO DE FORA

5.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.23 Nome Completo: ANA PAULA GALDINO DA SILVA

5.2.2 Nome Social:

5.2.4 Etnia: Parda

5.2.6 Mãe: MARIA VERA LUCIA DA SILVA

5.2.8 Sexo: FEMININO

5.2.10 CPF: 06752690498

5.2.12 Nacionalidade:

5.2.14 Passaporte:

5.2.16 Logradouro: JOSE NAZARENO LOPES

5.2.17 Número: 1017

5.2.19 Bairro: BAVIERA - CRISTOVAO DANTAS

5.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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.

5.1.3 Estado civil: União Estável

5.1.5 Identidade Gênero:

5.1.7 Orientação Sexual:

5.1.9 Pai: Parda

5.1.11 Data de Nascimento: 26/08/1980

5.1.13 RG: 002345666

5.1.15 Profissão: SERVENTE

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: AÇU

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.2.5 Identidade Gênero:

5.2.7 Orientação Sexual:

5.2.9 Pai: Parda

5.2.11 Data de Nascimento: 23/05/1982

5.2.13 RG: 002380280

5.2.15 Profissão: PESCADOR

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: AÇU

7.1.12 Seguradora:

7.1.14 Renavam:

7.1.16 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.18 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.19 Ano de Fabricação: 2005

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:

DADOS DA OCORRÊNCIA

DOS FATOS

1 Histórico

DECLARANTE COMPARCEU A ESTA DELEGIACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE VIAM NA GARUPA DA MOTO ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PASSOU UM CACHORRO NA FRENTA E ASSIM O MOTORISTA FOI DESVIAR E PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR, QUE O SAMU VINHA PASSANDO PÓSIM 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 ESTA ESPERANDO POR UMA CIRURGIA . NADA MAIS DISSE. O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS DECLARAÇÕES.

Protocolo: J2010091001833 - Código de autenticação: 3d115a8b911a12719f8a040433894f9

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>

Num. 64196045 - Pág. 6

Número do documento: 21010721572934600000061517011

10. COMPLEMENTOS /ESSE FOI...
www.esse.com.br

13. DECISSÃO

(ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

14. DESEMPAÇAGEM

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 14/12/2018 09:01:18

LL 2178.5

Bonelli

Etimologia

www.raywenderlich.com

Polymer director

Atendimento: 2198045 - Antônio Parreira de Melo Neto

Impresso por: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto

FINAL DO BOLTTM DE OCCUPAÇÃO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

Assinado eletronicamente por: EMILIA KARINA KRETTA DA SILVA - 0701072157213531
<https://pie1.q.tirn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>

Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 7



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

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

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 999338300

3.17 Número: 435

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: AÇU

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

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

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Lugar: RN 016 PROXIMO AD TRT, PROXIMO AO CEMITERIO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 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 Lugar: ANTONIO SILVERIO DA SILVA

3.24 CEP:

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

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

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

3.1.1 Nome Completo: ERIVANILDO JUSTO DE MOURA

3.1.2 Nome Social:

3.1.4 Etnia: Parda

3.1.6 Mãe: LIVIANETE JUSTO DE MOURA

3.1.8 Sexo: MASCULINO

3.1.10 CPF:

3.1.12 Nacionalidade:

3.1.14 Passaporte:

3.1.16 Lugar: TRAVESSA JOSE BEZERRA DE SA

3.1.17 Número: 117

3.1.19 Bairro: LAGOA DE FERREIRO DE FORA

3.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2.1 Nome Completo: ANA PAULA GALDINO DA SILVA

3.2.2 Nome Social:

3.2.4 Etnia: Parda

3.2.6 Mãe: MARIA VERA LUCIA DA SILVA

3.2.8 Sexo: FEMININO

3.2.10 CPF: 05752690498

3.2.12 Nacionalidade:

3.2.14 Passaporte:

3.2.16 Lugar: JOSE NAZARENO LOPES

3.2.17 Número: 1017

3.2.19 Bairro: BAVIERA - CRISTOVAO DANTAS

3.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

1.1 Segurado: Não

1.3 Chassi: *****17238

1.5 Placa: MZB4313

1.7 Marca: HONDA

1.9 Ano do Modelo: 2005

1.11 Cor do veículo: LARANJA

1.13 Nota Fiscal:

1.15 Nome do proprietário: INACIO DANTAS

1.17 Nome do condutor: JORGE FERREIRA DE SANTANA

1.18 Observações: DPVAT.

5.1.3 Estado civil: União Estável

5.1.5 Identidade Gênero:

5.1.7 Orientação Sexual:

5.1.9 Pai: Parda

5.1.11 Data de Nascimento: 26/08/1980

5.1.13 RG: 002345556

5.1.15 Profissão: SERVENTE

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: AÇU

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.2.5 Identidade Gênero:

5.2.7 Orientação Sexual:

5.2.9 Pai: Parda

5.2.11 Data de Nascimento: 23/05/1982

5.2.13 RG: 002380290

5.2.15 Profissão: PESCADOR

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: AÇU

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 de 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 DELEGIACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, 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 ESTA ESPERANDO POR UMA CIRURGIA . NADA MAIS DISSE. O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS DECLARAÇÕES.

Intendido: 2101072157293460000061517011 Clique na numeração para baixar o PDF

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101072157293460000061517011>

Num. 64196045 - Pág. 8

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO 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

www.123rf.com

Ad 219805

Pollini

Filomaria Afloleontal

Interesse do

Polegar direito

Atendimento: 2198045 - Antônio Peixoto de Melo - 11

Impresso por: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto

2018-09-03 14

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

Assinado eletronicamente por: LÉVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07010212137-31

Número do documento: 21010721572934600000061517011

Núm. 64196045 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o[s] tipo[s] de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>
Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 10

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

Nome completo: Franisco de Souza Dantas		CPF: 099-609-374-93
Profissão: Serv. de Meio Ambiente	Endereço: Rua - Antônio Silveira da Silva	Número: 435
Bairro: Novo Horizonte	Cidade: Aracai	Complemento: esca
Estado: RN	CEP: 59.650-000	Tel.(DDD): 84-9.9933-9300
E-mail:		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0756**CONTA: **62-873**

(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 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.

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 atende 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Local e Data: **Aracai / RN 27-32-2018**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101072157293460000061517011>

Número do documento: 2101072157293460000061517011

Num. 64196045 - Pág. 11



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),
Franckes de Orio Antônio, 95 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 Iara Horizonte - Assú
paciente vítima de Acidente de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2019.

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>
Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 13

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

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



ISSN 1062-1024 • 1000

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

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

Site: www.santander.com.br

-Ouvidoria 0800 084 0404

Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
RASEP- 0800 333 0163 | Linha Grátis de telefones fixos

800 727 0167 - Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligações Gratuitas de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE TARCISIO ANTONIO DA FE CPF: 850.777.364-00	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018	CONTA CONTRATO 007010067345
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435 NOVO HORIZONTE/AREA URBANA 59650-000 ASSU RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 61,90	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2018	Nº DO CLIENTE 3200777528
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 017092325	Nº DA INSTALAÇÃO 0800079650
		Série: U	
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 5351.B7C6.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ana cristina de freitas mykel; av joao batista lacerda montenegro,248, centro | g f peixoto frico me: rua coronel emílio dantas da silveira, bela vista lista completa em www.cosem.com.br.

O pagamento dessa 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.

Paglo, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.|Lis 10.438/02| e atualização monetária no próximo mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

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

DESTACAR E ADIVINHAR

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

838300000003 619000384070 010007345201 018305441230



Evite dobrar a embalagem ou canhoto.
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, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



ANSWER: B

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

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

Numero de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
RASEP- 0800 333 0163 | Linha Grátis de telefones fixos

800 727 0167 - Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL

DADOS DO CLIENTE TARCISIO ANTONIO DA FE CPF: 850.777.364-00	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018	CONTA CONTRATO 007010067345
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435 NOVO HORIZONTE/AREA URBANA 59650-000 ASSU RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 61,90	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2018	Nº DO CLIENTE 3200777528
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 017092325	Nº DA INSTALAÇÃO 0800079650
		Série: U	
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 5351.B7C6.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ana cristina de freitas mykel; av joao batista lacerda montenegro,248, centro | g f peixoto friso me: rua coronel emílio dantas da silveira, bela vistaLista completa em www.cesem.com.br.

O pagamento dessa 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% (R\$414/ANEEL), Juros 1% a.m (R\$ 10.438,02) e atualização monetária no prazo, mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

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

DESTACAR E ADIVINHAR

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

838300000003 619000384070 010007345201 018305441230



Evite dobrar a embalagem ou cãimor. Este canhoto será usado em leitora ótica.





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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Franisco das Chagas Dantas inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franisco das Chagas Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.374/93, do sinistro de DPVAT cobertura Anualidade da Vítima Franisco das Chagas Dantas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.374/93 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 Lider-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 silvano da Silva</u>	Número <u>435</u>	Complemento <u>Resid.</u>
Bairro <u>Novo Horizonte</u>	Cidade <u>Arossi</u>	Estado <u>RN</u> CEP <u>59.650-000</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>84-9.9933-9300</u>

Arossi/RN, 17 de Julho de 2018
Local e Data

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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Franisco das Chagas Dantas inscrito (a) no CPF/CNPJ _____ / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Franisco das Chagas Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.374/93, do sinistro de DPVAT cobertura Anualidade da Vítima Franisco das Chagas Dantas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.374/93 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua - Antonio silvano da Silva	Número	435	Complemento	Resid.
Bairro	Novo Horizonte	Cidade	Arossi	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	84	Telefone celular (DDD)	59-650-0000

Arossi/RN, 17 de Julho de 2018
Local e Data

Franisco das Chagas Dantas

Assinatura do Declarante

DIDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101072157293460000061517011>
Número do documento: 2101072157293460000061517011

Num. 64196045 - Pág. 18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Inácio Dantas,

RG nº 438.325, data de expedição 24/04/2018
Órgão TJRN, portador do CPF nº 321.665.994-00, com
domicílio na cidade de Arcos, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
marim milo manais, nº 119,
complemento esq, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Françisco de Assis Dantas cujo o condutor era
Jorge Ferreira de Santana.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda/CG-150 TITAN ES

Ano: 2005

Placa: MZB-4353

Chassi: 9GAKCO 8505R 857238

Data do Acidente: 27-10-2018

Local e Data: rua publica

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

dono da moto

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>

Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adatia Dantas

RG nº 438-325, data de expedição 24/04/2018
Órgão SEIPI, portador do CPF nº 321-665-994-00, com
domicílio na cidade de Arauá, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
maria vito manais, nº 119,
complemento casar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco de Assis Santos cujo o condutor era
Jorge Ferreira de Santana.

Veículo: motociclo

Modelo: Honda /E-E- 350 TITAN ES

Ann Arbor

Placa: MZB-4353

Chassi: 9E3AKCQ 3SD5B 817238

Chassi: 4EAN00 8505R 854
Data do Acidente: 13-10-2013

Local e Data: Rio Branco

Local e Data: Nice publica

Assinatura do Declarante

deno da foto

卷之三

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





FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:		Atendimento Nº: 217	
Nome: <i>Eduardo Santos</i>		Idade: 45	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe: <i>Leila da Silva Santos Melo</i>	Profissão:	
Endereço (Rua/Av.): <i>Nr. 526 Sobe Vila Brasil</i>	Nº: _____	Complemento:	
Bairro: <i>Vila Brasil</i>	Cidade: <i>Assis</i>	Estado: RN	Telefone:
Clinica:	Data: 22/01/18	Hora: 21:09	
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: <i>Jap</i>		
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito Acolhimento com classificação de risco: Queda: Antecedentes Alérgicos: HAS: <input type="checkbox"/> DM: <input type="checkbox"/> Assinatura: _____ Classificação: _____			
ANAMNESE: <i>Doença no ouvido D.</i>			
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HTG: _____			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório: <i>R</i> <input checked="" type="checkbox"/> Radiológico: <i>R</i> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros			
Hipótese do Diagnóstico:		CID:	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH		Médico: (Carimbo e Assinatura) <i>RES</i>	
Saída: Data/Hora / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito			
<input type="checkbox"/> Outra unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade			
<input type="checkbox"/> Internação no Hospital:		Data Fazenda: <i>07/01/2021</i> Assinatura: <i>Medico</i>	



→ Voltar

→ Finalizar





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),
Fernando de Assis Amorim, 65 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 2019.

Atenciosamente,

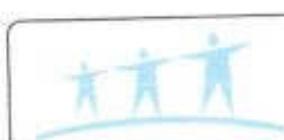
Enfª. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho
Coren-RN 256.149
Coordenadora Local SAMU-RN
Base Descentralizada de ASSÚ - RN



	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assis Secretaria Municipal de Saúde		SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:			Atendimento Nº: <i>217</i>
Nome: <i>Francisco Santos</i>		Idade: <i>95</i>	Sexo: <i>M</i>
Cartão SUS:	Nome da Mãe: <i>Joséfa, não Sabe informar</i>		Profissão:
Endereço (Rua/Av): <i>não Sabe informar</i>		Nº: <i>—</i>	Complemento:
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Assis</i>	Estado: <i>EN</i>	Telefone:
Clínica:		Data: <i>21/01/18</i>	Hora: <i>22:00</i>
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor: <i>(Assinatura)</i>	
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		
Acolhimento com classificação de risco:			
Querra:			
Antecedentes Alérgicos:			
HAS: <input type="checkbox"/>	DM: <input type="checkbox"/>	Assinatura:	Classificação:
ANAMNESE: <i>dores no ouvido</i>			
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C. _____ PA: _____ F.R. _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HTG: _____			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input checked="" type="checkbox"/> Radiológico: <i>Rr</i> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros			
Hipótese do Diagnóstico:		CID: _____ Médico: (Carimbo e Assinatura) <i>L.S.</i> <i>Assinatura Fábio da Mota</i>	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH Saída: Data/Hora: / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital:			



SUS	Brasil Unido da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNPJ	
Identificação do Paciente						5 - NID/CONVENIADO	
6 - NOME DO PACIENTE		7 - CARTÃO NACIONAL DE SUSPEITO		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
Fco - de Amz. Darts						Masculino	
10 - NOME DA MÃE						Fem. 3	
11 - NOME DO RESPONSAVEL						12 - TELEFONE DE CONTAPO Nº DO FONE	
13 - ENDERECO (RUA, Nº, BARRA)						14 - TELEFONE DE CONTAPO Nº DO FONE	
15 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA						16 - UF	
17 - COD. INDE MUNICIPIO						18 - MUN.	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p>Fratura do fêmur maior D desvade</p> <p>HQ amigdala</p>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						22 - PRINCIPAIS EXAMES DE INVESTIGAÇÕES, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS	
						<p>frase + OF + C</p>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DE PROcedimento		29 - CÓDIGO DE PROcedimento		30 - CÓDIGO DE PROcedimento	
O profissional que solicita		044532324-87		23415		Rodrigo Cabral	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - CÓDIGO DE PROcedimento		33 - CÓDIGO DE PROcedimento		34 - CÓDIGO DE PROcedimento	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)							
35 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CÓDIGO DE PROcedimento		37 - CÓDIGO DE PROcedimento		38 - CÓDIGO DE PROcedimento	
39 - I - ACIDENTE TRABALHO TÉCNICO		40 - CÓDIGO DE PROcedimento		41 - CÓDIGO DE PROcedimento		42 - CÓDIGO DE PROcedimento	
43 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		44 - CÓDIGO DE PROcedimento		45 - CÓDIGO DE PROcedimento		46 - CÓDIGO DE PROcedimento	
47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA I EMPREGADO I EMPREGADORA I AUTÔNOMO I DESPROTEGIDO I FAMILIAR		48 - CÓDIGO DE PROcedimento		49 - CÓDIGO DE PROcedimento		50 - CÓDIGO DE PROcedimento	
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO				AUTORIZAÇÃO			
52 - DOCUMENTO I CNP I CPF		53 - DOCUMENTO I CNP I CPF		54 - DOCUMENTO I CNP I CPF		55 - DOCUMENTO I CNP I CPF	
56 - DATA DA AUTOMONIA		57 - RECEBIDA DATA E CHAMADA Nº DO RECDUTOR E CORRECAO		58 - RECEBIDA DATA E CHAMADA Nº DO RECDUTOR E CORRECAO		59 - RECEBIDA DATA E CHAMADA Nº DO RECDUTOR E CORRECAO	



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
ProntoClínica da Criança Ltda.

PLANTÃO 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 Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Franco A. H.

Painel c/ fratura de tuberculo
do osso II apó trapezo refuso.
Novo bloco LCR. Entrou agendada
amrgo.

Endrei c/ diminuição do MM
entre II.

II c/ fratura em articulao
mangrada.

Está em tratamento Fisioterapeuta
Necessita de monitoramento periódico.

CD S/12.1

Natal,

08/02/2021

Flávio Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do PSL Terceiro
CRM RN 09637 EOT 13251





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),
Fernando de Assis Amorim, 65 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 2019.

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		SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:			Atendimento Nº: <i>217</i>
Nome: <i>Francisco Santos</i>		Idade: <i>95</i>	Sexo: <i>M</i>
Cartão SUS:	Nome da Mãe: <i>Joséfa, não Sabe informar</i>		Profissão:
Endereço (Rua/Av): <i>não Sabe informar</i>		Nº: <i>—</i>	Complemento:
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Assis</i>	Estado: <i>EN</i>	Telefone:
Clínica:		Data: <i>21/01/18</i>	Hora: <i>22:00</i>
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor: <i>CFP</i>	
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito Acolhimento com classificação de risco: <i>Verde</i>			
Antecedentes Alérgicos:			
HAS: <input type="checkbox"/> DM: <input type="checkbox"/>		Assinatura:	Classificação:
ANAMNESE: <i>dores no ouvido</i>			
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ FC: _____ PA: _____ FR: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HTG: _____			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório: <i>Rf</i> <input checked="" type="checkbox"/> Radiológico: <i>Rf</i> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros			
Hipótese do Diagnóstico:		CID:	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH		Médico: (Carimbo e Assinatura) <i>RES</i> <i>Livia Karina Freitas da Silva</i>	
Saída: Data/Hora: / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito			
<input type="checkbox"/> Outra unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital:			



 SUS Único da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		
Identificação do Paciente		
4 - NOME DO PACIENTE <i>Fco - de Am. Dantis</i>		5 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
7 - NOME DA MÃE		8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - ANO
11 - NOME DO RESPONSAVEL		12 - TELEFONE DE CONTA 13 - NÚMERO DO TELEFONE
14 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)		15 - FONE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. INDI. MUNICÍPIO
18 - UF		19 - INP
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<i>Fratura do fêmur maior D desvade</i>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
<i>HQ cirúrgica</i>		
22 - PRINCIPAIS EXAMES DE INVESTIGACÔES, RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS		
<i>anam + ex + c</i>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		
24 - CID 10 PRINCIPAL		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>os profissionais</i>		
28 - CÓDIGO DE PROcedimento		
29 - CLÍNICA		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)		
31 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		
32 - CNPJ DA REGISTRAÇÃO		
33 - ACIDENTE TRABALHO TÉCNICO		
34 - CÓDIGO DE PROcedimento		
35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
37 - EMPREGADO		
38 - EMPREGADOR		
39 - AUTÔNOMO		
40 - DESPROTEGIDO		
41 - PROTEGIDO		
AUTORIZAÇÃO		
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		
43 - CNP		
44 - DOCUMENTO		
45 - NÚMERO DO DOCUMENTO		
46 - DATA DA AUTOMONIA		
47 - NOME DA ORGANIZAÇÃO		
48 - NÚMERO DO DOCUMENTO		
49 - NOME DA ORGANIZAÇÃO		
50 - NÚMERO DO DOCUMENTO		
51 - NOME DA ORGANIZAÇÃO		
52 - NÚMERO DO DOCUMENTO		





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
ProntoClínica da Criança Ltda.

PLANTÃO 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 Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Franco A. H.

Painel c/ fratura de tuberculo
do ombro L. Operação realizada.
Novembro - 2018. Entendo aguardando
anexo.

Endereç c/ dimensionamento da MAM
entre L.

Lx c/ fratura em articulação omoper-
tora.

Está em tratamento c/ Enfrentação
Necessário de monitoramento periódico.

CDU S/12.1

Natal,

08/02/2019

Flávio Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do PSL Terceiro
CRM RN 09637 EOT 13251





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),
Franisco de Amis Amis, 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 - Cima
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2011.

Atenciosamente,

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



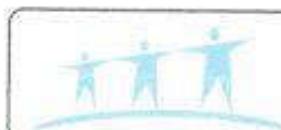
	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assú Secretaria Municipal de Saúde			SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		PRONTO SOCORRO MUNICIPAL		
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:				Atendimento Nº: <i>317</i>
Nome: <i>Francisco Dantas</i>		Idade: <i>95</i>	Sexo: <i>M</i>	
Cartão SUS:	Nome da Mãe: <i>Nicola, no Sobe melone</i>	Profissão:		
Enderupo (Rua/Av.): <i>Av. Sobe e Desce</i>	Nº: <i>501</i>	Complemento: _____		
Bairro: <i>Sobradinho</i>	Cidade: <i>Assú</i>	Estado: <i>RN</i>	Telefone:	
Clinica: <i>União</i>	Data: <i>31/01/2021</i>			Hora: <i>22:00</i>
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: <i>J. J.</i>			
Assinatura do Paciente:				
ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito			
Acolhimento com classificação de risco:				
Queixa:				
Antecedentes Alérgicos:				
HAS: <input type="checkbox"/>	DM: <input type="checkbox"/>	Assinatura:	Classificação:	
ANAMNESE: <i>Francisco no onda D.</i>				
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HTG: _____				
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: () Laboratório: () Radiológico: <i>R</i> () ECG () Outros				
Hipótese do Diagnóstico: CID: _____				
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH Saída: Data/Hora: / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito () Outra unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade () Internação no Hospital				
Médico: (Carimbo e Assinatura) <i>RES</i> <i>Livia Karina Freitas da Silva</i>				



Verba
l
l

Investigação
- -





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

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

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-6000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Franisco de A. H.

Painel c/ fratura do tuberculo sacro
do menor. O operante reflete.
Nas lombas esteve agarrando
urinario.

Exclui c/ dimensao do NSM na
mão D.

Nx c/ fratura em articulacao sacro-
ilica.

Este em tratamento c/ Fisioterapia
Necessario de auxilio fisical

(CNS 5/13)

Natal,

08/01/2013

Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM RN 09637 EOT 15251





1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341





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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 07/01/2021 21:57:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010721572934600000061517011>
Número do documento: 21010721572934600000061517011

Num. 64196045 - Pág. 40