

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 Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200366236 **Vítima: LENIRA PEREIRA DA ROCHA**

Data do Acidente: 27/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENIRA PEREIRA DA ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: LENIRA PEREIRA DA ROCHA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000153345-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do anistro da ASL: **480846704-68** 4 - Nome completo da vítima: **Lenira Pereira da Rocha**

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

5 - Nome completo:	Lenira Pereira da Rocha	6 - CPF:	480846704-68
7 - Profissão:	Autônoma	8 - Endereço:	Rua Maria Sueli Rodrigues
9 - Número:	6	10 - Complemento:	Casa
11 - Bairro:	Presidente Costa e Silva	12 - Cidade:	Mossoró
13 - Estado:	RN	14 - CEP:	59625-650
15 - E-mail:	lucia.pereirada.rocha@bol.com.br		
16 - Telefone:	(84) 9927-0066		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0560** CONTA: **353345** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo (no civil) 24 - Data da morte da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituras vivas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vôos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	---

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Monteiro - PB 08/06/2020**

L. Lenira Pereira da Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



AUTOATENDIMENTO - AG. NOSSORO.
DATA: 07/10/2020 HORA: 17:45:22
TERMINAL: 05601004 CONTROLE: 056010040702

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DÉPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 05600 013.00153345-0
NOME: LÉNIRA PEREIRA DA ROCHA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99960-9618
NÚMERO DO ENVELOPE: 3446171519

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00059006/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/10/2020 08:30:24 Data/Hora Fim: 02/10/2020 08:30:24

Origem:

Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/01/2020 14:15

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Presidente Costa e Silva

Logradouro: avenida Jorge C. de Andrade

Ponto de Referência: proximo a justiça federal

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LENIRA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA , COMUNICANTE)	Sexo: Feminino	Nasc: 01/12/1963	Idade: 56
Nacionalidade: Brasileira			
Profissão: Empregada Doméstica			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Luzia Maria da Rocha			
		Naturalidade: Mossoró - RN	
		Nome do Pai: Joaquim Pereira da Rocha	

Documento(s)

RG: 1010654

CPF: 480.846.704-68

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Maria S Rodrigues

Bairro: Presidente Costa e Silva

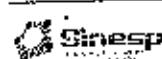
Telefone: (84) 98754-4623 (Celular)

Nº: 6

CEP: 59.625-650

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 048.261.664-43	Placa OVZ2B74
Renavam 01009030385	Número do Motor KC16E8E555976
Número do Chassi 9C2KC1680ER565976	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo RN
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 26/06/2020	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvidos



Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00059006/2020

Nome Envolvido

Lenira Pereira da Rocha

Envolvidos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que estava na garupa da motocicleta, e estava trafegando na rua clima mencionada, quando um carro entrou na via sem observar os outros veículos; Que o condutor da moto não teve tempo de frear e acabou colidindo na traseira do carro; com a colisão a comunicante caiu no chão e foi socorrida pelo SAMU e depois encaminhada ao Hospital Regional Tarcísio Maia. Nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento

Lenira Pereira da Rocha
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de efeito que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pelo presente declarado que dei
a si, conforme previsto nos Artigos 359 Denúncia Caluniosa e 360 Comariação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

480 846 704-68

4 - Nome completo da vítima:

Lenira Pereira da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
9 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
10 - Município:			15 - Tel. (DDI):
11 - Email:			16 - Telefone:

Lenira Pereira da Rocha 480 846 704-68
Autônoma *Rua Maria Sudi Rodrigues* *6* *Casa*
Morumbi Costa e Silva *Hortolândia* *SP* *59625-650*
Não tenho *(84) 99827-0066*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0560	CONTA: 353345	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:	25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou nascituro (irmãos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar:
Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:		Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:	Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:	Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:	Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input checked="" type="checkbox"/> Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando riente, 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 292 do Código Penal.



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

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

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

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: <i>Itaboraí - RJ 09/30/2020</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Lenira Pereira da Rocha</i>
Assinatura da testemunha	

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENIRA PEREIRA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000153345-0

Nr. da Autenticação 7C3391EE1048D43D

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 180, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 05.324.186/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-1**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Grátiass:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátiass de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 187
Ligação Grátiass de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE RAIMUNDA PEREIRA DA ROCHA CPF: 638.095.638-40	DATA DE VENCIMENTO 02/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/02/2020	CONTA CONTRATO 000031468250
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIA BUELI RODRIGUES 6 PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA BRBANA 08620-030 MOSSORÓ RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 49,07	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/02/2020	Nº DO CLIENTE 3000464723
CLASSIFICAÇÃO			Nº DA INSTALAÇÃO 080053377
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUBD	68,00	0,32817010	22,31					
Consumo Ativo(kWh)-TE	68,00	0,32229808	21,98					
Aeracionador Bandeira AMARELA			1,84					
Contrib. Bum. Pública Municipal			4,22					
Compensação OMIC 12/19			0,48					
TOTAL DA FATURA			49,07					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
45,33	19,00	8,15	45,33	0,78	0,35	45,33	3,82	1,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR [DATA]	ATUAL [LEITURA]	Mº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	RESUMO	ADJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
00000002180177690	CNT	06/03/2020	566,00	03/03/2020	624,00	28	1.00000	0,00	68,00				
Data Prevista para a Próxima Leitura: 03/03/2020													
								des2019					
								EUS-Nº de horas sem Energia	MOSSORÓ I	4,42	4,99	9,91	18,02
								FIG-Nº de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,29
								BMIC-Duração média de Interrupção (min)		4,42	2,77	0,00	0,00
								SMIN-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite BHCR: 12,22	
								EUSD-Valor do Encargo de Use = R\$ 17,31					
								Todo Consumidor paga adicional à apuração das tarifas BVC, FIG, BMIC e BHCR e qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO		
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO	
Pague no ponto mais perto de você! Correialeta queiroz: av pedro paraguai, 338, planalto t3 do mês /	versatelia queiroz: av. pedro paraguai conj liberdade l 338, planalto treze de maio completa em www.eosern.com.br .	220	202	231
O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.				
Na data de leitura a bandeira amarela é a Verde. Mais informações em www.mect.gov.br .				
O cliente é compensado quando há violação na configuração individual ou dos níveis de tensão do fornecimento.				
Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$0,0414/ANEL), Juros 1% (R\$ 0,10.4320/02) e atualização monetária no prazo: mês				
O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.				
Em caso de suspensão da fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, pedindo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.				

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851468250	02/2020	49,07	02/03/2020	 <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.</p>

038300000004 490700364007 851466250200 014760879532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

ANTECEDÊNCIA MECÂNICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59026-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



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 RAIMUNDA PEREIRA DA ROCHA CPF: 038.996.638-40	DATA DE VENCIMENTO 02/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/02/2020	CONTA CONTRATO 000851468250
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIA SUELÍ RODRIGUES 5 PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA URBANA. 59625-650 MOSSORÓ RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 49,07	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/02/2020	Nº DO CLIENTE 3000464723
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		NÚMERO DA NOTA FISCAL 036959394	
RESERVADO AO FISCO 2A26.4F35.4799.6891.E229.7BD8.9909.A514		Série: U	

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	ATE 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.						
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	68,00	0,32817010	22,31	Vencido De Ress. Valor						
Consumo Ativo(kWh)-TE	68,00	0,32328008	21,98	31/01/17 04/02/17 21,12						
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,04							
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,22							
Compensação DMIC 12/19			0,48							
TOTAL DA FATURA			49,07							
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS										
ICMS		PIS		HISTÓRICO DO CONSUMO						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	RWh				
45,33	18,00	8,15	45,33	0,78	0,35	45,33	3,62	1,64	68	
										69
										55
										60
										60
										64
										63
										68
										73
										64
										58
										69
										75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANR	DESCRIÇÃO		CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TÍM	META ATUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA											
00000002160177680	CAT	06/01/2020	666,00	03/02/2020	624,00	28	1,00000	0,00	69,00	bIC-Não deixa com Energia	MOSSSORÓ I	4,42	4,85	9,81	18,82	
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/03/2020																
bIC-Não deixa com Energia																
FIC-Não deixa com Energia																
DMIC-Duração média da Interrupção contínua																
DICR-Duração de interrupção em dia útil																
EURO-Valor de Encargo de Iva é R\$ 17,51																
Nota Consumidor pode se referir a separar os indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.																

INFORMAÇÕES IMPORTANTES					NÍVEIS DE TENSÃO				
DESCRIÇÃO					VALOR APURADO				
Pagamento pelo ponto mais perto de você! Correia: av pedro paraguai, 338, planalto 13 de maio / correia: av. pedro paraguai conj liberdade l 338, planalto treze de maio/mais em www.cosern.com.br/ O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.					TENSÃO NOMINAL(V)				
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.					LIMITE DE VARIAÇÃO(%)				
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.					MÍNIMO				
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no préx. mês.					MÁXIMO				
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.					220	202	231		
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.					AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

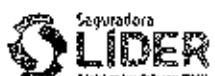
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851468250	02/2020	49,07	02/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 490700384007 851468250200 014760879532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 | Outros estados: 0800 032 22 31

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 09 | SAC (para demandantes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintia: 0800 023 93 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?ID=18&CÓDIGO=29326>

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 constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fala 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, Análise, Capitalização e Reasseguro. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA Fazenda, TST, POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APlicaS PUNI Administrativas, RECORRER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Alves,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.263.664 / 43, na qualidade de Procurador (e) / Intermediário (a) da Beneficiária
Lenira Pereira da Rocha, inscrita (a) no CPF sob o N° 480.846.704/68,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalido, da Vítima Lenira Pereira da Rocha,
inscrito (a) no CPF sob o N° 480.846.704 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declara Profissão: Recebedor Renda: R\$0,00 e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Maria Sueli Rodrigues</u>	Número:	<u>6</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Vila Presidente Costa e Silva</u>	Cidade:	<u>Maringá</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>				
Tel. (DDO):	<u>(49) 99827-0066</u>				

Local e Data: _____

Maringá - PR 08/10/2020

Francisco Alves
Assinatura do Declarante

OK

ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA - VERMELHO

Paciente: 56646 - LENIRA PEREIRA DA ROCHA (56 a 1 d.)

Sexo: F Cor: PARDAS

Nascimento: 26/01/1964

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CPF:

Prof:

CNS:

Mãe: NADA CONSTA

Pal:

Logradouro: MARIA SUELÍ RODRIGUES, 0

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59626650

Bairro: PRÉSIDENTE COSTA E SILVA

Compl:

Telefone:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: Trazida pelo SAMU

Classificação:

PESO:

27/01/2020 14:58:23

RTS

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Quêxos: Fratura exposta em tornozelo esquerdo

Horas:

05:00h. Ocorrência de dor no tornozelo esquerdo de ação e duração de 30 minutos. A dor cessa com a colocação de gelo.

A dor desce para o joelho e volta a doer com a remoção.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO

ASSINT.

Martins
Gomes

10:00h

Fratura exposta no tornozelo
do lado esquerdo
necessita cirurgia

ORTOPEDIA

Dr. Patrício Ribeiro Mendes
CRM-RN 2455
CRM-PE 10040

① SFO.99.5506 GU

② TEC.100

③ Cefalosírio Ig dAMG L NY

(INT) FALTA

*SAÍDA: Decisão médica Transferido Evasão Óbito Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc. _____

Data: ____ / ____ /20. Hr: ____ : ____ Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SMS por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 27 de Janeiro de 2020.

④ Nippon 11 CC

Dr. Patrício Ribeiro Mendes
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM-RN 2455

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
CAMP MOSSORÓ

Blw

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 211749



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **LENIRA PEREIRA DA ROCHA** (Fia: 462/2020), CPF:48084670468.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 27 de Janeiro de 2020.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - R.T.M.

DATA 04/02/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
CAME MOSSORÓ 27/01/2020

B101
SAME / ARQUIVO

CCIH - HRTM

DATA 04/02/2020

Assinatura

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **56646 LENIRA PEREIRA DA ROCHA**

Nascimento: 26/01/1964

Sexo: Feminino

CNS:

Pai:

Mãe: NADA CONSTA

Endereço: RUA MARIA SUELÍ RODRIGUES, 0 - PRESIDENTE COSTA E SILVA - MOSSORÓ

Prontuário:

Município: MOSSORÓ

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

Cor: PARDA

Fone: /

CEP: 59625-650

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 142 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PRESENÇA DE SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA*408050497.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / T

Vd9, p

Profissional Solicitante / Assilente:

PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO CRM: 5924 / RN Data da Solicitação 27/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetóVínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: CNS CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
LISTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 27/01/2020B LAN
SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Dennis Peres de Oliveira Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fractura exposta Tomografia

Indicação terapêutica: Curativo de Dennis

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Peltz

1º Auxiliar: Dr. Peres

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

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

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

① Pd a DDH sob Regimento

② Anexio, Adenops da MIE + Cepes

③ Largos + delimitante

④ Sutura de tecidos saindo

⑤ Teto bolo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 20/2/2004

BIA

SAME / ARQUIVO

Dr. Pablo Pimentel da Fonseca Pinho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 5524



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

DEBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Lenira Pereira da Rocha N° do Pront.: 211749
Cirurgia: Int. cirúrgico de frat. exposta da teregole Data: 27.01.2010
Cirurgião: Dr. Pablo Auxiliar: Dr. Lembke Instrumentadora: _____
Anestesista: Leopoldo Anestesia: Raque
Início da Cirurgia: 18:07 Término: 18:29

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	1 pacote
* GASES	2 pacotes
* ESPARADRAPO 20 cm	20 cm
* COMPRESSAS	1 unidade
* LAMINA DE BISTURI N°	2 pacotes
* LUVAS	2 pares
* EQUIPO PARA SORO	
* SCALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	3 unidades
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS + Rague + 40x12	1 unidade (Rague) fund 40x12
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGASTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	2 unidades
* FAIXA DE CREPOM	1 unidade
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	15 cm
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	1 unidade
* MONONYLON 2-0	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	200 mL
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	500 mL 3 unidades
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	5 pares
* ABD máscara 3 pares	1 ml e ml 200ml 5 pares 200 ml

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DATA MOSSORÓ 27/01/2010

SAME / ARQUIVO

B1W

DATA: 03/02/2020

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: LENIRA PEREIRA DA ROCHA **56 ANOS**
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 212-1
DATA DA ADMISSÃO: 27/01/2020 MOSSORÓ-RN **CÓDIGO: 56646**

DATA

Nº fraturas: 07º DIH FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO - MALEOLÔ LATERAL ESQUERDO

01

QP: PACIENTE SPM QUBIXAS. DESEJA ALTA HOSPITALAR ANTECIPADA

EF: BEG, COFE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL.

ACV: RCR, 2T, SOPRO SS, BNF.

AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA.

ABD: PLANO, RHA+, FLACIDO E INDOLOR.

MIE: SEM SINAIS DE TVP, NEUROVASCULAR PRESERVADO.

SITUAÇÃO:

RISCO CIRURGICO BAIXO

LABORATORIO (31/01/20): HB: 12 HT: 34,9 LEUCO: 6500 PT: 233000 GL:93 U:33 CR:0,6

LABORATORIO (02/02/20): HB: 12,7 HT:36,6 LEUCO: 6300 PT: 161000 GL:67 U:26 CR: 0,8 K:4,40 CA:

1,28

FINALIZOU ESQUEMA DE 07 DIAS COM OXACILINA EM 02/02

CD:

VPM

	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO	ciente
2	SP 0,9% 1 500 ML EV P /24 HORAS	1- 2- 3-
3	DIPIRONA 1G -01 AMP + 8ML ABD EV 6/6 HR, SE NECESSÁRIO	6/N
5	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% EV 8/8H SN	6/N
6	CLEXANE 40MG SC- 1X DIA	16
8	CCGG + SSVV	
9		

Alta

Alta
Hospital Regional Tarcísio Maia
Clínica Cirúrgica

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 27/02/2020**

SAME / ARQUIVO

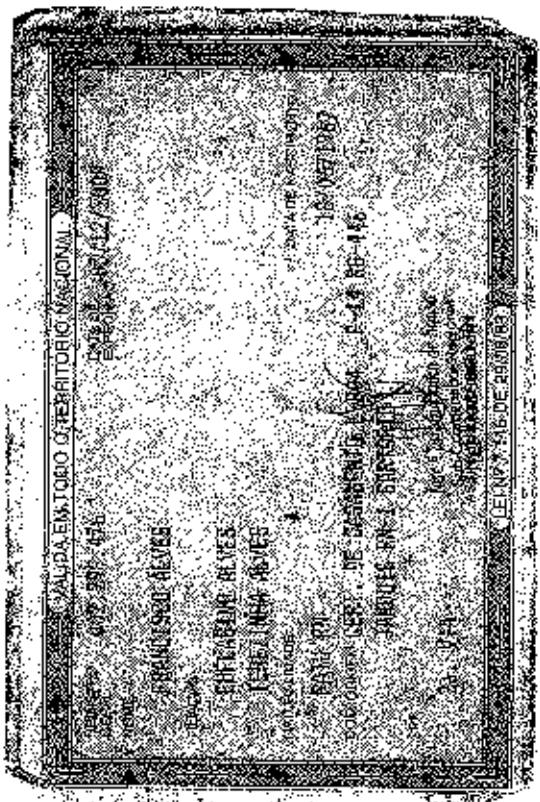
Emitipto pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
nº 69327.05, no dia 27/7/2017 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 89

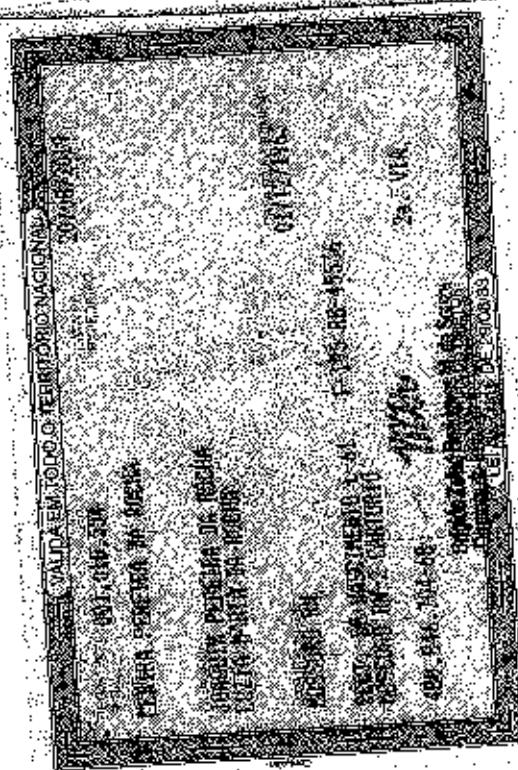
VALOR SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

CÓDIGO DE CONTROLE
DEC11F8B.D24F8A37


Número
FRANCISCO ALVES
Número
048.261.664-43
Nascimento
18/06/1967





11/11/1998

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366236 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENIRA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO MALÉOLO ESQUERDO. P1,5,

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366236 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENIRA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO MALÉOLO ESQUERDO. P1,5,

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lenise Pereira da Rocha, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, Data do Acidente 27/03/2020
Cobertura Invalidade, portador(a) do RG _____, órgão expedidor
Hip e do CPF: 480 846 704 - 68, residente no(a)
Rua Maria Sueli Rodrigues, nº 6,
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Floriano, PI

OUTORGADO:

Nome: Francisco Alves, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
002 299 476, órgão expedidor Hip e do CPF: 048 263 664-43, residente
no(a) Rua Maria Sueli Rodrigues, nº 6,
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Floriano, PI

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Floriano - PI 08/03/2020

Local e Data



Lenise Pereira da Rocha

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira
R. Vicente Rabiba, 187 - Centro - Mossoró - RN - 59006-120 Fone/Fax: (84) 3017-1111
Tutor: Edimar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 2020-012457

Resenhação da autenticidade da firma de: LENISE PEREIRA DA ROCHA

Residindo na Praça Eng. Hélio 78 - Centro - Mossoró - RN - 59100-000 RG: 29138

CPF: 480.846.704-68 E-mail: lenise.pereirada.rocha@gmail.com

ELÓDIA DE MOURA VIEIRA - TABELA SUBSTITUTA

SELO DIGITAL - RN202000094900000193720XL

Para consultar o selo, acesse:

<https://selodigital.tcm.jus.br>

EMO: 12,83 FCRCM: 0,00 PDF: 0,00

QRCODE: 00000000000000000000000000000000

AC216281