

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ CAMS (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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Lenira Pereira da Rocha

CPF: 480.846.704-68

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Rua Maria Sueli Rodrigues

9 - Número:

6

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Presidente Costa e Silva

12 - Cidade:

Agostini

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

59.625-650

15 - E-mail:

Não possui

16 - Telefone:

(34) 99227-0066

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascidos (ou nascendo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Agostini - SP 09/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.22153345-0
NOME: LENIRA PEREIRA DA ROCHA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00
TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84 99960-9618
NUMERO 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
POLÍCIA 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: próximo a justiça federal

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1025: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

RG: 1010664

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 OV22B74 /
Renavam 01009030385	Número do Motor KC16E8E555976
Número do Chassi 9C2KC1680ER555976	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo RN
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adudderado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 26/06/2020	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos



Impresso por: José Josué Costa Faustino

Data de Impressão: 02/10/2020 08:43:54

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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 cima 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 direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pelo conteúdo declarado que vai originar, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ GAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

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 SUSER 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

15 - E-mail:

Nao@nvi

14 - CEP:

59625-650

16 - Tel (DDD):

(84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

553345

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado(a) Civil☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (informar)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário (se não alfabetizado)

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Mossoró - RN 09/30/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 NERMOZ, 160, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.casart.com.br

Tarifa Social de Energía Eléctrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Liquações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

- Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 251 0142

-Ouyidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0157 - Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE RAIMUNDA PEREIRA DA ROCHA CPF: 638.095.638-40	DATA DE VENCIMENTO 02/03/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 49,07	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 038959394 Série: U	CONTA CONTRATO 000051468250 Nº DO CLIENTE 3000664723 Nº DA INSTALAÇÃO 0000553377
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIA BUELI RODRIGUES 6 PRESIDENTE COSTA E SILVA/AREA URBANA 08623-030 MOSAERO RN		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 2A26.4F35.4799.6891.E229.7BD8.9909.A514			

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	0,32228808	21,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,84
Contrib. Rum. Pública Municipal			4,22
Compensação OMIC 12/16			0,48

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002180177690	CAT	03/01/2020	568,00	03/02/2020	624,00	28	1,00000	0,00	68,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
RESERVAÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
dez/2019					
DIC-Id de horas sem Energia	MOSSORÓ	4,42	4,89	9,91	19,02
FIG-Id de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,93
BMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		4,42	2,77	0,00	0,00
			Limite BICR: 12,22		
SPICR-Duração de Interrupção em dia crítico					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,31					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores EUC, FIC, SPIC e BICR a qualquer tempo					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/03/2020
--

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	LMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

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

R38300000004 490700384007 B51468250200 014760879532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou vá ao site em inglês 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: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoro: 0800 021 93 15

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/BIBLIOTECAMEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIQUOTAÇÃO E RESSEGURO; ² COMISSÃO 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 9.615/98.

Pelo exposto, eu

Francisco Alves

inscrito (a) no CPF/CNPJ

048.263.664 / 43

na qualidade de Procurador (r) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lenira Pereira da Rocha

inscrito (a) no CPF sob o nº 480.846.704 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalido

da vítima

Lenira Pereira da Rocha

inscrito (a) no CPF sob o nº

480.846.704 / 68

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Revisor

Renda:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da 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 Maria Speli Rodriguez

Número: 6

Complemento: Casa

Cidade:

Presidente Costa e Silva

Cidade:

Mossoró

Estado:

RN

CEP:

59.625 - 650

E-mail:

Não possui

Tel. (DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Mossoró - RN 08/30/2020

Francisco Alves
Assinatura do Declarante

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1907 /2020
Admissão: 27/01/2020 16:01:16

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 TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 27/02/2020

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**

Prontuário: _____

CNS: _____

Nascimento: 26/01/1964

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: NADA CONSTA

Pat: _____

Endereço: RUA MARIA SUELI RODRIGUES, 0 - PRESIDENTE COSTA E SILVA - MOSSORO

Fone: /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

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 CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Pablo Romero da Escossia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5924 / RN
TEOT 14291

CRM: 5924 / RN

Data da Solicitação 27/01/2020

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

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho TrajetoVínculo 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 TARCISIO MAIA
LUTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 27/01/2020

SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Denise Peres de Rocha Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador

1ª Auxiliar:

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista:

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 (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

① PDa DDH no Regenerador

② Anestesia, Anestesia do MIE e Cefaz

③ Lavagem e desbrida

④ Sutura de tendão articular

⑤ Telo bico

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSCOSO 57021290

SANE / ARQUIVO

Dr. Paulo Roberto da Costa Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 53924



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Lenia Pereira da Rocha Nº do Pront.: 211749
Cirurgia: Int. craniotomia de fratura de tórax Data: 27.01.2020
Cirurgião: Dr. Paulo Auxiliar: Dr. Pinheiro 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 Nº	2 pares
* LUVAS	
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	1 unidade
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS * Raque * 4x12	1 unidade (Raque) 1 unidade 40x12
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	2 unidades
* FAIXA DE CREPOM	1 unidade
* ALGODÃO ORTOPÉDICO * 35 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	200 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETÉR	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% * 500 ml	3 unidades
* 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 5 pares	5 pares / 200 ml

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
CANE MOSSORO 27.01.2020

SAME / ARQUIVO

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
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 27/01/2020

56 ANOS
Leito: 212-1
MOSSORÓ-RN

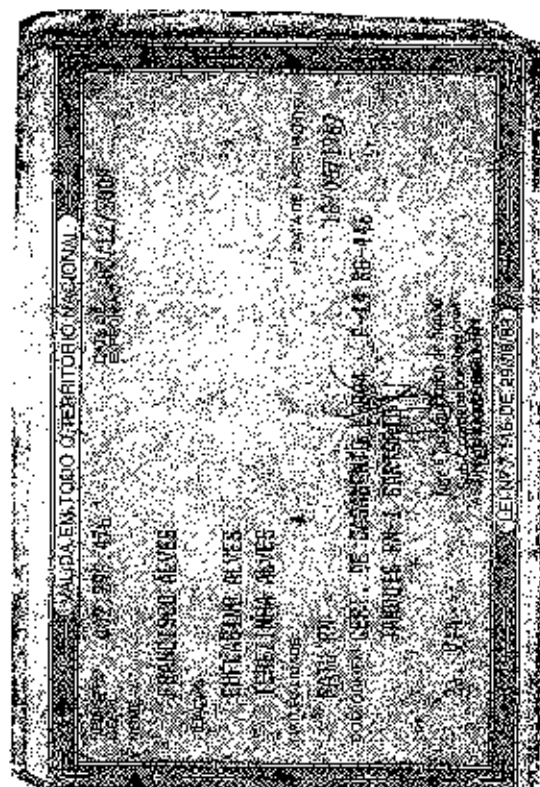
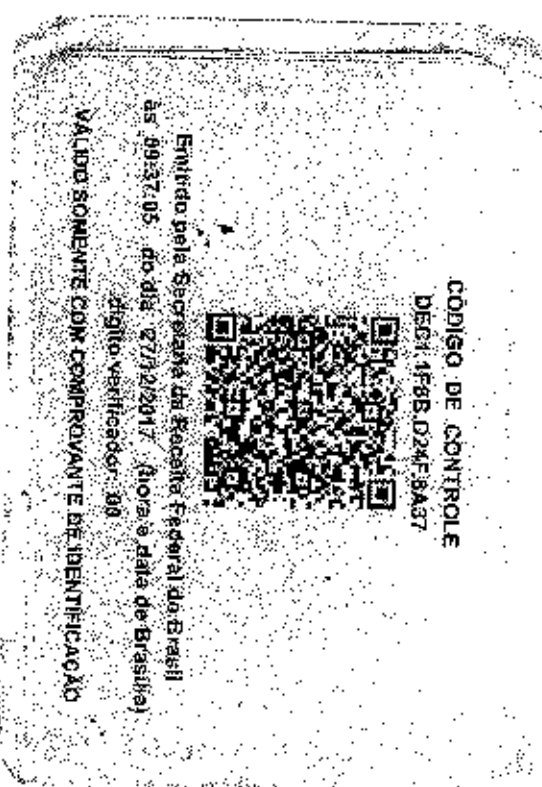
CODIGO: 56646

DATA	EVOLUÇÃO
Nº fraturas: 01	<p>07º DÍH FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO - MALEOLO LATERAL ESQUERDO</p> <p>QP: PACIENTE SEM QUEIXAS. DESEJA ALTA HOSPITALAR ANTECIPADA</p> <p>EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL .</p> <p>ACV: RCR, 2T, SOPRO SS, BNF.</p> <p>AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA.</p> <p>ABD: PLANO, RHA+, FLACIDO E INDOLOR.</p> <p>MIE: SEM SINAIS DE TVP, NEUROVASCULAR PRESERVADO.</p> <p>SITUAÇÃO:</p> <p>PACIENTE EM BOA EVOLUÇÃO, SEM SINAIS DE COMPLEXO DE HELICOBACTER PYLORI, EM 02/02/2020</p> <p>RISCO CIRÚRGICO BAIXO</p> <p>LABORATORIO (31/01/20): HB: 12 HT: 34,9 LEUCO: 6500 PT: 233000 GLI: 93 U: 33 CR: 0,6</p> <p>LABORATORIO (02/02/20): HB: 12,7 HT: 36,6 LEUCO: 6300 PT: 161000 GLI: 67 U: 26 CR: 0,8 K: 4,40 CA: 1,28</p> <p>FINALIZOU ESQUEMA DE 07 DIAS COM OXACILINA EM 02/02</p> <p>CD:</p> <p>VPM</p>

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO	20h
2	SF 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		

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 03/02/2020

SAME / ARQUIVO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014527099899

PLACA: 266-054-43

FRANCISCO ALVES

CPF: 000.000.000-00

PLACA ANTIGA: 000.000.000-00

VEICULO: 000.000.000-00

ESPECIE: 000.000.000-00

ANEXO: 000.000.000-00

NOTA: 000.000.000-00

PARTE: 000.000.000-00

CONDIÇÃO: 000.000.000-00

COPIA: 000.000.000-00

RE: 000.000.000-00

RAZÃO: 000.000.000-00

ANEXO: 000.000.000-00

COPIA: 000.000.000-00

RE: 000.000.000-00

RAZÃO: 000.000.000-00

ANEXO: 000.000.000-00

COPIA: 000.000.000-00

RE: 000.000.000-00

RAZÃO: 000.000.000-00

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014527099899 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2019

ESTO É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
FAPASIMAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

www.seguradocafide.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA: 266-054-43

VEICULO: 000.000.000-00

ESPECIE: 000.000.000-00

ANEXO: 000.000.000-00

NOTA: 000.000.000-00

PARTE: 000.000.000-00

CONDIÇÃO: 000.000.000-00

COPIA: 000.000.000-00

RE: 000.000.000-00

RAZÃO: 000.000.000-00

ANEXO: 000.000.000-00

COPIA: 000.000.000-00

RE: 000.000.000-00

RAZÃO: 000.000.000-00

ANEXO: 000.000.000-00

COPIA: 000.000.000-00

RE: 000.000.000-00

RAZÃO: 000.000.000-00

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CARTEIRA Nº 240 0000001-04

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

Valoração 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

Valoração 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: Lenira Pereira da Rocha, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, Data do Acidente 27/03/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG _____, órgão expedidor
Step e do CPF: 480.846.704 - 68, residente no(a)
Rua Maria Sueli Rodrigues nº 6,
bairro: Presidente Costa e Silva, município: Maracá, _____

OUTORGADO:

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

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.

Local e Data

3º Oficio

Lenira Pereira de Rocio

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira
R. Vicente Rábalo, 187 - Centro - 20050-070 - RJ - 0204-120 FONE: (24) 3317-
Titular: Edilson Vieira de Almeida

Reconhecimento da Firma 2020-012457
Assinatura por autenticidade a Firma de:
LENITA PEREIRA DA SOUZA

Assinado na presença do Sr. 50.
Em testemunho da verdade
Núcleos - AN, 07/10/2008 em 20:38.
ELIDIANE DE MOURA VIEIRA - TABELIA SUBSTITUTA

SELO DIGITAL RN2020009490400193730XL

Pere computer o solo access
http://www.milnet.gov/jun.
ENCLING 2, 23 FENCEN 2, 22 FDY 23 0, 22
36578 0 22 FUNNFIN22; 22

DC216285