



Número: **0800067-73.2021.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **05/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REJEANE BEZERRA DA COSTA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64959 694	01/02/2021 20:11	2781332_CONTESTACAO_Anexo_04	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, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200379109

Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA UDENILMA DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REJEANE BEZERRA DA COSTA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 00959/00960 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 15 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200379109

Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA UDENILMA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REJEANE BEZERRA DA COSTA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **REJEANE BEZERRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000003226-3**

Conta: **0000074791-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 054.995.304-32 4 - Nome completo da vítima: Regiane Bezerra da Costa

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

5 - Nome completo: Regiane Bezerra da Costa 6 - CPF: 054.995.304-32

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Venâncio Arag 9 - Número: 323 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Paradoís 12 - Cidade: Não Poni 13 - Estado: PE 14 - CEP: 57630-340

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 4399 5 CONTA: 43.546 5

(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/previdência 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento de 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 não submeter a análise médica preventiva, 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 nº 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer união 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a pedido) _____

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido) _____

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido) _____

37 - Local e Data: _____

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Regiane Bezerra da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS.001 V002/2019





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 2020120111297400000062220434



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br. **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Documento assinado eletronicamente por CHERMACK NORONHA, maior de 1460412, Polícia Rodoviária Federal, em 01/02/2021, conforme livro de registro de Brasília, com instrumento nº 131 do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no art. 6º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61 DO, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site www.prf.gov.br/boletim/acidentes. Informando o número 22034957361 e o número de acesso 111H00180E020EE1204FHe/34034F1.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

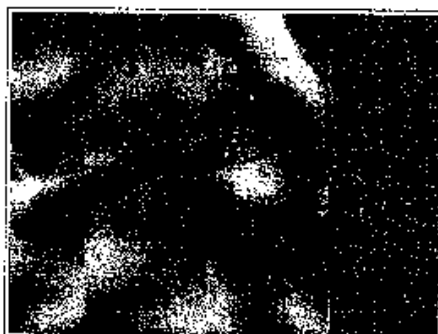
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 22/07/2020 Hora: 19:40 Município: MOSSORÓ/RN
BR: 405 KM: 2,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: GERMANO NORONHA, 1480412

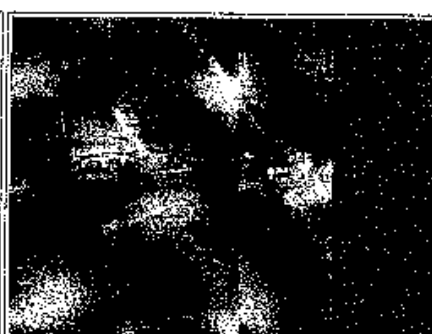
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 22 de julho de 2020, por volta das 19h40min, na BR 405, KM 02, no município de Mossoró-RN, ocorreu um acidente do tipo queda do ocupantes de veículo. O acidente envolveu a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, de placas PMT-3A70. Quando a equipe da PRF chegou ao local do acidente, as vítimas já haviam sido socorridas pela Equipe do SAMU, chefiada pelo soldado PM Nogueira, em viatura de placas QG1-5H68, e encaminhadas para o Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró. Conforme declaração verbal do PM Nogueira, o qual forneceu para a equipe da PRF a placa de identificação do veículo e os nomes das vítimas, durante o atendimento de primeiros socorros o condutor declarou que a motocicleta havia apresentado defeito mecânico (ruptura do pneu dianteiro), causando a perda de seu controle e consequente queda de seus ocupantes. O local do acidente encontrava-se totalmente desfeito, sem presença das vítimas ou do referido veículo, o qual foi retirado do local por pessoa não identificada, antes da chegada da equipe da PRF.



Documento assinado eletronicamente por GERMANO NORONHA, matrícula 1480412, Policial Rodoviária Federal, em 22/07/2020, conforme Protocolo nº 21020120111297400000062220434, com fundamento no art. 1º do art. 10 da Lei nº 20.000, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 11.343, de 8 de setembro de 2006 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 41-CG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.trf.gov.br/portal/autenticar>, informando o protocolo 21020120111297400000062220434 e o número de controle 111300130ED20FF32646E264564F1.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Localização:



← APOIO RN

MOSSOBO RN →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo	Evento	Veículos Envolvidos
1		Queda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Em	Forma	Descriçãopara (m)	Arredondamentom
--------	---------	----	-------	-------------------	-----------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Apoio	Organização	Sigla	Assinatura	Carimbo
---------------	-------------	-------	------------	---------

V1 - VEÍCULO 1 - PMT3A70 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PMT3A70 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Renavam: 01013614590

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2KC1650ER509147

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO NOROUEA, matrícula 1480412, Pol. da Rodoviária Federal, em 26/02/2020, conforme função oficial de Assessor, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 13.204/2016, de 24 de agosto de 2016, no art. 10 do Decreto nº 8.539, de 3 de outubro de 2015 e no artigo 1º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61/CG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://pje.trf4.jus.br/validar>, informando o protocolo 20034997B01 e o número de controle 11B0D1505D20FFA2C45BE234054F1.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD Placa: PMT3A70 Nº BOAT: 20034997B01
Nome do Agente: GERMANO NORONHA Matrícula do Agente: 1480412 Data: 22/07/2020

Item	Descrição da Avaria	Identificado no acidente
1	Garfo dianteiro	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA
2	Mesa superior da suspensão dianteira	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA
4	Coluna de direção	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA
5	Chassi	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA
6	Garfo traseiro	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA
7	Elxo traseiro (trilhões)	VEÍCULO RECOLHIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA

Dano de Monto: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por GERMANO NORONHA, matrícula 1480412, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2020, conforme histórico acima de 2020, com endereço na 5ª 2ª do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.704-2, de 24 de agosto de 2011, no art. 1º do Decreto Nº 8.539, de 3 de outubro de 2015, e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61, DG, de 17 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/consultas/autenticar>, inserindo o protocolo 20034997B01 e o número de controle 11BCD1504207F62C4F3C2340541.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20034997B01

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: NILZA PIRES DE ALMEIDA, 5361, BOM JESUS, MOSSORÓ-RN
Telefone: E-mail:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico Tipo de Repetitor: SAMU
Informações complementares: Vítima socorrida pela Equipe do SAMU, chefiada pelo Sd Nogueira em viatura de placas QGT-5H68, e encaminhada para o Hospital Regional Doutor Tarcísio de Vasconcelos Maia, em Mossoró.



Documento assinado eletronicamente por CE MARCO RODRIGUES DA SILVA, matrícula 1460432, Policial Rodoviário Federal, em 01/02/2021, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 2º do art. 10 da Lei nº 20.911, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verificar>, utilizando o protocolo 21020120111297400000062220434 e o número da certificação 1135d01f525d226b32c4f3f234054f1.

191





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA
PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
DIRETORIA DE ENGENHARIA E OPERAÇÕES
2º SUBGRUPAMENTO DE BOMBEIROS / 2º GB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA 017/2020

Certifico para os devidos fins legais, que se encontra registrado no livro de ocorrências do dia 22 de julho de 2020, no verso da pag. 180 e no FOCA nº 0688/2020, Protocolo B8678 do 2º Subgrupamento de Bombeiros de Mossoró-RN o evento abaixo discriminado:

1. DATA	22 de julho de 2020	2. CÓDIGO DA OCORRÊNCIA	BR-55
3. NATUREZA DA OCORRÊNCIA	ACIDENTE EM MOTOCICLETA		
4. DESCRIÇÃO DO LOCAL			
LOGRADOURO	RUA FELIPE CAMARÃO S/N		
Nº	S/N	BARRIO	AFROPORTO
COMPLEMENTO	LMI RENTÉ AO CORPO DE BOMBEIROS		
CIDADE	MOSSORÓ	UF	RN
5. DADOS DA EQUIPE DE SOCORRO			
5.1. VIATURAS EMPREGADAS			
1	UR-08	2	
5.2. CMT DA OPERAÇÃO	SD BM NOGUEIRA		
5.3. FISCAL DE OPERAÇÕES	3º SGT BM IVANALDO		
5.4. HORA DE CHEGADA AO LOCAL	19h51min	5.5. HORA DE SAÍDA DO LOCAL	20h10min
6. DESCRIÇÃO DE DANOS			
6.1. RELAÇÃO DE VÍTIMAS E DANOS FÍSICOS			
Jeferson William da Silva, 24 anos, morador da rua Venceslau Braz, 351 – Paredões.			
Rejeane Bezerra da Costa, 35 anos, moradora da rua Nilza Pires Almeida, 5261 – Bom Jesus.			
6.2. DANOS MATERIAIS DECORRENTES DO SINISTRO			
Não houve			
7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
A VTR UR-08 deslocou para um atendimento a vítima de acidente de queda de moto. Ao chegar no local encontraram as vítimas de nomes Jeferson e Rejeane. Rejeane estava consciente e orientada com escoriações nos membros superiores e inferiores, por sua vez Jeferson estava deitado de decúbito dorsal, orientado e consciente com escoriações nos membros superiores e inferiores, com uma fratura interna na tíbia e fíbula da perna esquerda, relataram que o pneu da moto titan branca, placa PMT – 3A70 tinha estourado e com isso perderam o controle. A guarnição fez a imobilização e conduziu para o HRTM, deixando as vítimas aos cuidados do Dr. Paulo, Médico de plantão.			
8. SOLICITANTE DA OCORRÊNCIA			
NOME	Maria Udenilma da Silva		
ENDEREÇO	Rua Venceslau Braz, 321 - Paredões		
CIDADE	MOSSORÓ	UF	RN
TEL. CONTATO	(84) 9 9118-1669		
9. DADOS DO PROPRIETÁRIO DO BEM SINISTRADO			
NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE		UF	RN
TEL. CONTATO			

O referido nestes termos é verdade e dou fé. Eu, Uirá das Neves Monteiro – Cap. QOCBM – Comandante do 2º Subgrupamento de Bombeiros de Mossoró RN, determinei que fosse digitada e impressa, e assinou. Mossoró (RN), 28 de Julho de 2020.

Uirá das Neves Monteiro – Cap. QOCBM
COMANDANTE DO 2º SGB/2º GB

OBS: O presente documento não determina culpa ou responsáveis pelos danos oriundos do sinistro, portanto não possui os efeitos legais do auto pericial.



Seguradora LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 054.995.304-32 4 - Nome completo da vítima: Regiane Bezerra da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Regiane Bezerra da Costa 6 - CPF: 054.995.304-32

7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua Venâncio de Aguiar 9 - Número: 323 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Paradoes 12 - Cidade: Não Pouri 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59630-340

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 4393 5 CONTA: 43.546 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Solicito o prosseguimento de 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, considerando, desde já, em meu subscrito a análise médica preventiva, caso necessário, as 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 nº 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 discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Filhos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Filhos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, em meu nome, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer união 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 - Nome legível de quem assina o pedido (a pedido): _____ 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a pedido): _____ 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a pedido): _____ 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a pedido): _____

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____ 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Regiane Bezerra da Costa 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REJEANE BEZERRA DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000074791-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1111202005000000000023703226000000074791236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:11:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120111297400000062220434>

Número do documento: 21020120111297400000062220434

64959694

Toda Sonda de Freio é Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02



COSERN
Companhia Paranaense de Energia S.A.
Rua Augusto de Almeida, 100 - Fone: (41) 333-1000
CNPJ nº 06.908.001/0001-01

DADOS DO CLIENTE
NOME DO CLIENTE: **LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**
CNPJ: **06.908.001/0001-01**

CLASSIFICAÇÃO
Tipo de Sonda: **10.051**
Modelo: **10.051**

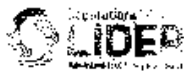
IDENTIFICAÇÃO
Nº de Sonda: **7014137933**
Data de Emissão: **04/02/2021**

REMARKS
1. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
2. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
3. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
4. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
5. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
6. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
7. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
8. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
9. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02
10. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02

ESPECIFICAÇÕES DA Sonda DE FREIO Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
2. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
3. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
4. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
5. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
6. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
7. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
8. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
9. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051
10. Sonda de Freio Sonda Cade por Lei 10.408 de 2004/02	1	10.051	10.051

[illegible]



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LIQUIDAÇÃO DE DINHEIRO Pessoa Física - CIRCULAR SUPLEN 445/12

Esta declaração é obrigatória para quem é segurado em plano de saúde ou em plano de saúde e previdência, de acordo com a Circular SUPLEN 445/12.

Centro de Atendimento para consultas e dúvidas: 0800-122122 (horário de atendimento: 08h às 20h).

Consultas e registros no sistema: 0800-122122 (horário de atendimento: 08h às 20h).

Seguindo para mais informações: 0800-122122 (horário de atendimento: 08h às 20h).

Para mais informações: 0800-122122 (horário de atendimento: 08h às 20h).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta declaração é obrigatório para quem é segurado em plano de saúde ou em plano de saúde e previdência, de acordo com a Circular SUPLEN 445/12.

Link: www.liderseguros.com.br - FICHA DE CADASTRO - CIRCULAR SUPLEN 445/12

A Circular SUPLEN 445/12, que trata da prevenção à liquidação de dinheiro, define que todas as seguradoras devem manter e atualizar o cadastro das pessoas seguradas no plano de saúde e previdência. Para isso, a seguradora deve fornecer, para o segurado, uma declaração de prevenção à liquidação de dinheiro, contendo as seguintes informações:

Atenção: em nenhuma hipótese, a seguradora pode fornecer informações de caráter sigiloso (CPVA), exceto se a seguradora for a própria seguradora, ou se a seguradora for a própria seguradora.

Atenção: a seguradora deve fornecer, para o segurado, uma declaração de prevenção à liquidação de dinheiro, contendo as seguintes informações:

Pelo presente, eu, Livia Karina Freitas da Silva

inscrito(a) no CPF nº 967.263.904, RG nº 48, residente em Brasília (DF), endereço (a) Brasília (DF), CEP nº 70459-900

nome Livia Karina Freitas da Silva, data de nascimento 12/04/1994

do(a) segurado(a) do CPVA nº 123456789, nome Livia Karina Freitas da Silva

inscrito(a) no CPF nº 967.263.904, RG nº 48, residente em Brasília (DF), endereço (a) Brasília (DF), CEP nº 70459-900

nome Livia Karina Freitas da Silva, data de nascimento 12/04/1994

☒ Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e corretas.

Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e corretas, e que não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que tenha conhecimento das informações acima.

Assinatura: Livia Karina Freitas da Silva Data: 01/02/2021

Assinatura e Data

Assinatura e Data

Assinatura e Data





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 12168 /2020

Admissão: 22/07/2020 20:06:58

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 63318 - REJEANE BEZERRA DA COSTA (33 a 6 m 16 d)

Nascimento: 06/01/1987

Natural: ALEXANDRIA, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 05499530432

Prof:

Mãe: MARIA BEZERRA LINS COSTA

Pai: PAULO IRINEU DA COSTA

Logradouro: NILZA PIRES DE ALMEIDA, 5361

CEP: 59635090

Bairro: BOM JESUS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.96654761

Compl:

VATOK

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDA PELOS BOMBEIROS.

Classificação:

PESO:

22/07/2020 20:03:43

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE, GLASGOW 15

Dt e Hora: 22/07/20

Paciente vitima de acidente de trânsito (para esforço de) com múltiplas escoriações em membros inferiores, MIE e MIE, com lesões superficiais no tórax. MIE para a contusão, com uso de esparadrapo. ECR e ECR, com lesões superficiais, Afegale, Abscessos, Abscessos e Abscessos.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

Ceftriaxona 1g IV

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

CID

Proc.

Data:

/20. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS Impresso em: 22 de Julho de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
CENTRO CIRURGICO E DOR
13.12.2020
13.12.2020
13.12.2020

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-5392 - TEU11943



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:11:13

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120111297400000062220434

Número do documento: 21020120111297400000062220434

Num. 64959694 - Pág. 16



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 12168 /2020

Admissão: 22/07/2020 20:06:58

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **63318 - REJEANE BEZERRA DA COSTA** (33 a 6 m 16 d)
 Nascimento: 06/01/1987 Natural: ALEXANDRIA, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
 CNS: CPF: 05499530432 Prof.:
 Mãe: MARIA BEZERRA LINS COSTA Pai: PAULO IRINEU DA COSTA
 Logradouro: NILZA PIRES DE ALMEIDA, 5361
 CEP: 59635090 Bairro: BOM JESUS Cidade: MOSSORO
 Telefone: 84.96654761 Compl.: VATO

Motivo (allegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
 Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
 Empresa:

OBIS: FRAZ DA PELOS BOMBIROS

Classificação:

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE QUIDA DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MSE E MIE. GLASGOW 15.

Di e Hora: 22/07/2020

Paciente vítima de acidente de moto (para Gitelevo de) com múltiplas escoriações em membro inf. esquerdo, MBE e IFR. AP. Superior do tórax: nada para a conclusão. Reforço uso de tórax. EGR EL. CONSC. G. 15/15, AF. 12, B. 12, P. 12, R. 12, S. 12, T. 12, U. 12, V. 12, W. 12, X. 12, Y. 12, Z. 12.

Diagn. Inicial:

Lesões de moto

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1. Analg. 7-100			
2. Antib. 100			
3. Limpeza e curativo 100			
4. 100 100 100 100			
5. 100 100 100 100			
6. 100 100 100 100			
7. 100 100 100 100			
8. 100 100 100 100			
9. 100 100 100 100			
10. 100 100 100 100			
11. 100 100 100 100			
12. 100 100 100 100			
13. 100 100 100 100			
14. 100 100 100 100			
15. 100 100 100 100			
16. 100 100 100 100			
17. 100 100 100 100			
18. 100 100 100 100			
19. 100 100 100 100			
20. 100 100 100 100			

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

CID

Proc.

Data:

/20.

Hr:

:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGRE ROS. Impresso em 22 de Julho de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTA CONFORME ORIGINAL
 EM 22/07/2020
 12:10:13
 12:10:13
 12:10:13

Dr. Vicente Andrade
 ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
 CRM-5592 - TPO



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 01/02/2021 20:11:13

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020120111297400000062220434

Número do documento: 21020120111297400000062220434

Prontuário: **214217**



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 **JEFFERSON WILLIAN DA SILVA** (Fia: **3497/2020**), CPF: **12476911445**.

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, 01 de Agosto de 2020.

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
RUA CORONEL JOSE ALVES
CALLE MOSSORÓ 11000-000

TARCISIO MAIA





Sistema Único de Saúde
Ministério 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	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROMTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - RACIA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA	30 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE
31 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO	32 - DATA DA SOLICITAÇÃO
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE	34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)	
35 - CÍVIL DA SEGURADORA	36 - Nº DO BILHETE
37 - CÍVIL DA EMPRESA	38 - CNIE DA EMPRESA
39 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA	40 - CÍVIL DA EMPRESA
41 - EMPREGADO	42 - EMPREGADOR
43 - AUTÔNOMO	44 - DESEMPREGADO
45 - PROFISSIONAL	46 - PROFISSIONAL
47 - EMPREGADO	48 - EMPREGADOR

AUTORIZAÇÃO	
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ FEM ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Atestado de internação 30D.

Atestado de internação 30D.

SARCAZINHO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - CNES

48 - CPF

49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - Cód. ORÇÃO EMISSOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - DOCUMENTO

54 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

56 - CNES

57 - CPF





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Jefferson Willson do S. Dias Reg. Nº: _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta omoplom. prox.

Indicação terapêutica: Ampliação cunha + fixação interna

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. V. Costa

1ª Auxiliar: Dr. T. Fernandes

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. J. J. J.

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 (X) Contaminada () Infectada

Incisão em decúbito dorsal - 3^o costelas

Ampliação da ferida - 4 St. 0.01 e 4.00 deprimidos

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

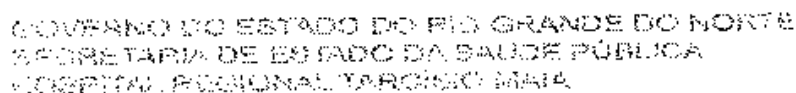
Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia

Exatidão e precisão - Autoscopia





Nome do paciente: Jefferson Ribeiro de Sousa de Pontal
 Grupos: Revisão de química II Data: 20.07.20
 Oregião: Sul - Nordeste - Pern Instrumentação: -
 Análise de: Revisão Análise de: Revisão
 Início do Grupo: 13.4.20 Término: 10.20

NATIONAL USADO		QUANTITAT	
1.000.000.000		1.000.000.000	
2.000.000.000		2.000.000.000	
3.000.000.000		3.000.000.000	
4.000.000.000		4.000.000.000	
5.000.000.000		5.000.000.000	
6.000.000.000		6.000.000.000	
7.000.000.000		7.000.000.000	
8.000.000.000		8.000.000.000	
9.000.000.000		9.000.000.000	
10.000.000.000		10.000.000.000	
11.000.000.000		11.000.000.000	
12.000.000.000		12.000.000.000	
13.000.000.000		13.000.000.000	
14.000.000.000		14.000.000.000	
15.000.000.000		15.000.000.000	
16.000.000.000		16.000.000.000	
17.000.000.000		17.000.000.000	
18.000.000.000		18.000.000.000	
19.000.000.000		19.000.000.000	
20.000.000.000		20.000.000.000	
21.000.000.000		21.000.000.000	
22.000.000.000		22.000.000.000	
23.000.000.000		23.000.000.000	
24.000.000.000		24.000.000.000	
25.000.000.000		25.000.000.000	
26.000.000.000		26.000.000.000	
27.000.000.000		27.000.000.000	
28.000.000.000		28.000.000.000	
29.000.000.000		29.000.000.000	
30.000.000.000		30.000.000.000	
31.000.000.000		31.000.000.000	
32.000.000.000		32.000.000.000	
33.000.000.000		33.000.000.000	
34.000.000.000		34.000.000.000	
35.000.000.000		35.000.000.000	
36.000.000.000		36.000.000.000	
37.000.000.000		37.000.000.000	
38.000.000.000		38.000.000.000	
39.000.000.000		39.000.000.000	
40.000.000.000		40.000.000.000	
41.000.000.000		41.000.000.000	
42.000.000.000		42.000.000.000	
43.000.000.000		43.000.000.000	
44.000.000.000		44.000.000.000	
45.000.000.000		45.000.000.000	
46.000.000.000		46.000.000.000	
47.000.000.000		47.000.000.000	
48.000.000.000		48.000.000.000	
49.000.000.000		49.000.000.000	
50.000.000.000		50.000.000.000	
51.000.000.000		51.000.000.000	
52.000.000.000		52.000.000.000	
53.000.000.000		53.000.000.000	
54.000.000.000		54.000.000.000	
55.000.000.000		55.000.000.000	
56.000.000.000		56.000.000.000	
57.000.000.000		57.000.000.000	
58.000.000.000		58.000.000.000	
59.000.000.000		59.000.000.000	
60.000.000.000		60.000.000.000	
61.000.000.000		61.000.000.000	
62.000.000.000		62.000.000.000	
63.000.000.000		63.000.000.000	
64.000.000.000		64.000.000.000	
65.000.000.000		65.000.000.000	
66.000.000.000		66.000.000.000	
67.000.000.000		67.000.000.000	
68.000.000.000		68.000.000.000	
69.000.000.000		69.000.000.000	
70.000.000.000		70.000.000.000	
71.000.000.000		71.000.000.000	
72.000.000.000		72.000.000.000	
73.000.000.000		73.000.000.000	
74.000.000.000		74.000.000.000	
75.000.000.000		75.000.000.000	
76.000.000.000		76.000.000.000	
77.000.000.000		77.000.000.000	
78.000.000.000		78.000.000.000	
79.000.000.000		79.000.000.000	
80.000.000.000		80.000.000.000	
81.000.000.000		81.000.000.000	
82.000.000.000		82.000.000.000	
83.000.000.000		83.000.000.000	
84.000.000.000		84.000.000.000	
85.000.000.000		85.000.000.000	
86.000.000.000		86.000.000.000	
87.000.000.000		87.000.000.000	
88.000.000.000		88.000.000.000	
89.000.000.000		89.000.000.000	
90.000.000.000		90.000.000.000	
91.000.000.000		91.000.000.000	
92.000.000.000		92.000.000.000	
93.000.000.000		93.000.000.000	
94.000.000.000		94.000.000.000	
95.000.000.000		95.000.000.000	
96.000.000.000		96.000.000.000	
97.000.000.000		97.000.000.000	
98.000.000.000		98.000.000.000	
99.000.000.000		99.000.000.000	
100.000.000.000		100.000.000.000	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MALA
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM
SALA OPERATÓRIA

Data: 20/02/2021 Hora: 14:00 Paciente: J. CARVALHO Idade: 65

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checkar:

- ☒ Pulseira de identificação confrontando com o nome do paciente
☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente preenchido

☒ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:

☒ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?

- ☒ Sim
☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☒ Não ☒ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)

- ☒ Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível.
☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

- ☒ Laringoscópio ☒ Baraka ☒ Aspirador
☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

- ☒ Sim ☒ Equipamento VAD disponível
☒ Não

Equipamento Anestésico funcionando?

- ☒ Sim ☒ Não

Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?

- ☒ Sim ☒ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S Necessários?

- ☒ Sim ☒ Não ☒ Não se aplica

Equipamentos disponíveis para o procedimento checado?

- ☒ Sim ☒ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?

- ☒ Sim ☒ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:

*A identificação do paciente;

*Local da cirurgia a ser feita;

*Procedimento a ser realizado.

- ☒ Sim ☒ Não

Placa de bisturi posicionada adequadamente?

- ☒ Sim ☒ Não

Posicionamento correto e com proteções?

- ☒ Sim ☒ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min?

- ☒ Sim ☒ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com

Todos os integradores disponíveis?

- ☒ Sim ☒ Não

Cirurgião:

Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?

- ☒ Sim ☒ Não

Realizado contagem dos instrumentais?

- ☒ Sim ☒ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

- ☒ Sim, identificado peça. ☒ Não

Conservado peça?

- ☒ Formol ☒ Gelo

Especificado peça no prontuário?

- ☒ Sim ☒ Não

Soros de infusão, medicamentos e fluidos

administrados ao paciente estão adequadamente identificados?

- ☒ Sim ☒ Não

Paciente está com pulseira de identificação?

- ☒ Sim ☒ Não

CRM:

CRM:

COREN:

COREN:



Paciente: 63317 - JEFFERSON WILLIAN DA SILVA

FIA: 8-3497/2020

Idade: 24 ano(s) 3 mes(es) e 14 dia(s)

Prescrição Nº: 8

Hospital / Unidade: HRTM - CLINICA CIRURGICA

Convênio: SUS/GRATUO

Nr. Prontuário: 214217

Peso:

Data Internação: 01/08/2020 10:08

Início Validade: 11/08/2020 11:00 até 12/08/2020 10:59

Quarto / Leito: 305 - 03

Médico Resp.: 20-DIEGO ARIEL DE LIMA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

11/08/2020 10:45:27 - #19 DIH POR FRATURA DA TÍBIA DISTAL
EM USO DE FIXADOR EXTERNO

PACIENTE EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS, DIMINUIÇÃO DO EDEMA, SEM SINAIS DE TVP

CONDUTA

-AGUARDA CIRURGIA EM NATAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - OXACILINA 500MG (1FA+SML AED)	1	FA	IV	6h/6h		10 18 22 04
3 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML	1	AMP	IV	6h/6h		10 18 22 04
4 - TRAMADOL 50MG/ML - 3M S/N se dor intensa	1	AMP	IV	6h/6h		SN
5 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML	1	AMP	IV	12h/12h		10 22
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N em casos de vômitos/nô	1	AMP	IV	8h/8h		SN
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
7 - CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS						cont

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT 15176 - CRM/RN: 6672

FABIANO DANTAS DE CARVALHO

CRM 6672/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11/08/2020 10:48
SAMS TARCISIO



B.M.F. (20.30h)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO TOCOTELTA, USUÁRIA CAPACETE, NEGA ENVOLVIMENTO ACIDENTAR, AVANÇADO E LIBERADO POR C.B. APRESENDO TRAUMA ESCLEROTICAS GENERALIZADA EM FACE, MEMBRAS SUPERIORES, INFEÇÕES, IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRAS INFERIORES, FEMUR, FEMUR EM LÂMBIO SUPERIOR, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA, SINTOMAS DE FRATURA EM OSSOS DA FACE
CD. SUTURA SOB ANESTESIA LOCAL, CURATIVA, MEDICAÇÃO. OBRIGADO, PELA DR. B.M.F. SEGRE DOS ENFERMEIROS DA ORTODONTIA

Dr. Jádias Miguel F. dos Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
ENDODONTISTA
CRO-1083

Dr. Jádias Miguel F. dos Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
ENDODONTISTA
CRO-1083

22/09/2020. Ortodontia. 20h
Paciente vítima de acidente de
trânsito. Trauma no maxilar
superior. Lábio superior.

Dr. + Dentista do T. 20h
Fórmula do T. 20h
T. 20h.

Dr. T. 20h
T. 20h

Dr. 20h

ORÇAMENTO REGIONAL T. 20h
T. 20h
T. 20h

BRASIL / ARQUIVO

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5392 - TEOT 19481

Un. 20h

Un. 20h



Ondina. 22/09/2020.
Ass. de H.S.
Tram. no D.S. com
Gabinete do M.S. e H.S.
N.S. com
Ass. de H.S. e H.S.
H. B. com

Dr. Vicente Andrade

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-5597 - TECT 1948

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO WAIJA
EM A CONFORME O ORIGINAL
CANE MOSSORO 18/09/2020
BNA
SANE / ARQUIVO



Ondina. 22/09/2020.

Quero o laudo
experto de Dúvidas sobre
Balanço, do ASS e MIB
por favor.

Dr. Roberto de Almeida
H. Balança

Dr. Roberto de Almeida

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-5597. TEO 1988

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO LIMA
COTA LOMPOME ORIGINAL
PARTE MOSSORO 18/07/2020
BIMB
FAMET ARQUIVO



[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESTADO POR FORÇA DE CARGA APESSOARADA EM QUALQUER MODALIDADE DE TRANSPORTE

RN Nº 014693781173 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

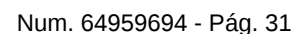
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019	DATA EMISSÃO 28/11/2019
PLACA ZWT3370	
RENAVAM 01013614530	MARCA / MODELO HONDA / CG 180 TITAN SRD
ANO FAB. 2014	Nº CHASSI 3C2XC1650ER609147

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)	DESATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAG. (SEGURO + IMPOSTOS)
☐ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	☐ PARCELADO
		DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CHPJ 09.248.608/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200379109 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA **Data do acidente:** 22/07/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jejeane Bezerra da Costa, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Advogada, Data do Acidente 20/02/2020
Cobertura Particular, portador(a) do RG 2894350, órgão expedidor
DF e do CPF: 044999904-32, residente no(a)
Rua Vinte e Nove nº 32
bairro: Piedade, município: Alagoa / PE

OUTORGADO:

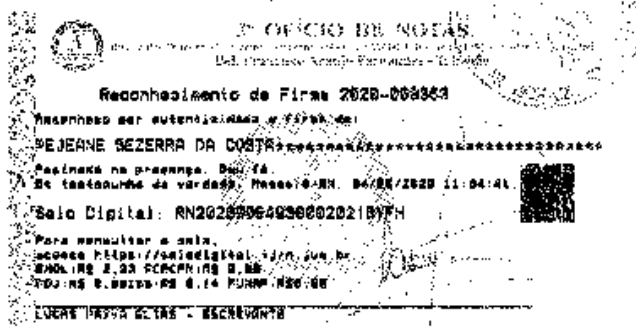
Nome: Maria Valerina da Silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteira, Profissão: Advogada, portador(a) do RG
001481259, órgão expedidor DF e do CPF: 907263904-73 residente
no(a) Rua Vinte e Nove nº 32
bairro: Piedade, município: Alagoa / PE

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.

Alagoa - PE 04/02/2020
Local e Data

Jejeane Bezerra da Costa
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200379109 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REJEANE BEZERRA DA COSTA **Data do acidente:** 22/07/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Declaração

Eu Rejane Bezerra da Costa
RG 2644330 e CPF 054.995.304-32
declaro para os devidos fins que sou no Banco _____
para regularizar minha Conta corrente número 74791-2
da agência 3226-3 para poder receber o benefício da
indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Cidade, Data

*Rejane Bezerra da Costa
Assinatura do titular da conta bancária





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

054.995.304-32

4 - Nome completo da vítima:

Regiane Bezerra da Costa

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

5 - Nome completo:

Regiane Bezerra da Costa

6 - CPF:

054.995.304-32

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Rua Venceslau Braz

9 - Número:

321

10 - Complemento:

Cabo

11 - Bairro:

Pondal

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59610-140

15 - E-mail:

Maë Petzini

16 - Tel.(DDD):

(84) 9.9827.0066

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3226 3

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

747 91

(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 INVALEZ 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 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:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo



24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascido(não nasceu)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

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, 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 rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró RN 06/11/2020

Regiane Bezerra da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



