



Número: **0800107-65.2021.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **27/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
JAKSON MARIANO DA SILVA (AUTOR)		PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
65294 705	10/02/2021 08:00	<u>2783747_CONTESTACAO_Anexo_03</u>
		Documento de Comprovação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS Escolha os(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do Sítio ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 085.715.634-97 JAKSON MARIANO DA SILVA		
5 - Nome completo: JAKSON MARIANO DA SILVA 6 - CPF: 085.715.634-97 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO GARCIA 9 - Número: 8799 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: RAFAEL GODEIRO 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.740-000 15 - E-mail: (84) 498650496 16 - Tel.(DDD): (84) 498650496		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: BRADESCO AGÊNCIA: 5894 CONTA: 5732 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		
22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • 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 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 distorde do seu conteúdo.		
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 23 - Estado Civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do fato da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou instituto (crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário (não elaborado)	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, RAFAEL GODEIRO/RN, 04/01/2021 Jakson Mariano da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 25/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAKSON MARIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05894-7

CONTA: 000000005732-0

Nr. Autenticação

BRADESCO25012021050000000002370589400000005732270000 PAGO

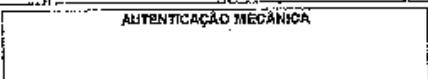


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:00:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008004942000000062529858>
Número do documento: 21021008004942000000062529858

Num. 65294705 - Pág. 2

DETALHE DA Fatura				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	DETALHES DE PAGAMENTO
007005133992	08/2020	0,00	28/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahotó será usado em leitora ótica.

EATUSA BAGS



TALÃO DE PAGAMENTO

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

04/01/2023 07:34

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:00:49

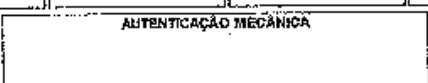
https://piec1.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?x=21021008001912000000062529858

Número do documento: 31031008004912000000063529858

Num. 65294705 Pág. 3

DETALHAMENTO				TÁLÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
007005133992	08/2020	0,00	28/08/2020	<p style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este rachão será usado em leitora óptica.</p>

SATURDAY PAGE



TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfumar ou resarar.

04/01/2021 07:34



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																																																		
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOSZ, 150, BALDÓ, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-91 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0				Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Grártulas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 221 0142 -Ouvidoria 0800 064 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grártula de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 Ligação Grártula de telefones fixos e móveis																																																																																														
 COSERN www.cosern.com.br																																																																																																		
DADOS DO CLIENTE WELLINGTON BERTOLDO DE LIMA CPF: 303.842.384-81		DATA DE VENCIMENTO 26/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/08/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 19/08/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 048998485 Série: 0		CONTA CONTRATO 007005133992 Nº DO CLIENTE 3098689162 Nº DA INSTALAÇÃO 001665288																																																																																												
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI GARCIA 8799 ZONA RURAL/AREA RURAL 58740-000 RAFAEL GODERI RN				CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Trifásico																																																																																														
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br																																																																																																		
RESERVADO AO FISCO 057B.DE9D.F2A6.B87B.6737.78C5.C571.12F1																																																																																																		
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>1.201,00</td> <td>0,30293059</td> <td>363,81</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>1.201,00</td> <td>0,28343412</td> <td>346,98</td> </tr> <tr> <td>Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE</td> <td></td> <td></td> <td>28,87</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Hum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>2,20</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 046612143 - 20/07/20</td> <td></td> <td></td> <td>14,84</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 046612143 - 20/07/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,87</td> </tr> <tr> <td>Atualização (GPB1-NF 046612143 - 20/07/20)</td> <td></td> <td></td> <td>4,26</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>730,36</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)-TUSD	1.201,00	0,30293059	363,81	Consumo Ativo(kWh)-TE	1.201,00	0,28343412	346,98	Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			28,87	Contrib. Hum. Pública Municipal			2,20	Multa por atraso-NF 046612143 - 20/07/20			14,84	Juros por atraso-NF 046612143 - 20/07/20			1,87	Atualização (GPB1-NF 046612143 - 20/07/20)			4,26	TOTAL DA FATURA			730,36	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">Histórico do Consumo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>0,22741600</td> <td>AGO 20</td> <td>1201</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>0,19776000</td> <td>JUL 20</td> <td>1386</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 20</td> <td>1385</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 20</td> <td>1369</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 20</td> <td>1449</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 20</td> <td>954</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEB 20</td> <td>1185</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 20</td> <td>1568</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 19</td> <td>1238</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td>1299</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>1220</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>1095</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>652</td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		Histórico do Consumo		Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,22741600	AGO 20	1201	Consumo Ativo(kWh)-TE	0,19776000	JUL 20	1386			JUN 20	1385			MAI 20	1369			ABR 20	1449			MAR 20	954			FEB 20	1185			JAN 20	1568			DEZ 19	1238			NOV 19	1299			OUT 19	1220			SET 19	1095			AGO 19	652
DESCRIPÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																															
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	1.201,00	0,30293059	363,81																																																																																															
Consumo Ativo(kWh)-TE	1.201,00	0,28343412	346,98																																																																																															
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			28,87																																																																																															
Contrib. Hum. Pública Municipal			2,20																																																																																															
Multa por atraso-NF 046612143 - 20/07/20			14,84																																																																																															
Juros por atraso-NF 046612143 - 20/07/20			1,87																																																																																															
Atualização (GPB1-NF 046612143 - 20/07/20)			4,26																																																																																															
TOTAL DA FATURA			730,36																																																																																															
Tarifas Aplicadas		Histórico do Consumo																																																																																																
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,22741600	AGO 20	1201																																																																																															
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,19776000	JUL 20	1386																																																																																															
		JUN 20	1385																																																																																															
		MAI 20	1369																																																																																															
		ABR 20	1449																																																																																															
		MAR 20	954																																																																																															
		FEB 20	1185																																																																																															
		JAN 20	1568																																																																																															
		DEZ 19	1238																																																																																															
		NOV 19	1299																																																																																															
		OUT 19	1220																																																																																															
		SET 19	1095																																																																																															
		AGO 19	652																																																																																															
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																																		
ICMS BASE DE CÁLCULO: 880,18 %: 18,00		PIS BASE DE CÁLCULO: 880,18 %: 1,24		COFINS BASE DE CÁLCULO: 880,18 %: 8,43																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>MÉIA MENSAL</th> <th>MÉIA ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DC-No de horas sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>10,44</td> <td>41,76</td> </tr> <tr> <td>RC-No de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,00</td> <td>8,00</td> </tr> <tr> <td>RC-Duração m média da interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>RC-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Límite DCR: 18,80</td> </tr> <tr> <td>EDD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 273,31</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Todos consumidores podem solicitar a remoção das indicações DC, RC, DMC e DRII a qualquer tempo.</p>							DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉIA MENSAL	MÉIA ANUAL	DC-No de horas sem Energia		0,00	10,44	41,76	RC-No de vezes sem Energia		0,00	2,00	8,00	RC-Duração m média da interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	RC-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DCR: 18,80	EDD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 273,31																																																																		
DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉIA MENSAL	MÉIA ANUAL																																																																																														
DC-No de horas sem Energia		0,00	10,44	41,76																																																																																														
RC-No de vezes sem Energia		0,00	2,00	8,00																																																																																														
RC-Duração m média da interrupção contínua		0,00	0,00	0,00																																																																																														
RC-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DCR: 18,80																																																																																														
EDD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 273,31																																																																																																		
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																																		
KW/H DO MÊS ATUAL	DATA DA LEITURA	ANTERIOR	ATUAL	Nº GAS	CONSTANTE	AJUSTE																																																																																												
000000002170856788	CAT	2017/2020 34.856,00	19/08/2020 36.060,00	30	1.000,00	0,00	1.201,00																																																																																											
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/09/2020																																																																																																		
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																																																																		
Pague no ponto mais perto de você! Marta Variedades; av benedito julio de medeiros, 46, centro / martins imobiliária: av.benedito julio de medeiros 46, centro/leta completa em www.cosern.com.br . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Solução de Consulta N. 58/2013 - COJUR. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL 414/2010), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. Desconto Imediato para Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 149,32. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.																																																																																																		
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																																																		
TENSÃO NOMINAL(V) 220		LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 231																																																																																																
380		348 396																																																																																																
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																																		
CONTAS CONTRATO 007005133992		MÊS/ANO 08/2020		TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		VENCIMENTO 26/08/2020																																																																																												
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahotão será usado em leitora ótica.																																																																																																		
FATURA PAGA <input type="checkbox"/> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/>																																																																																																		





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 | Outras regiões: 0800 022 22 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 22 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29630>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES IRÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.899.394 / 48, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAKSON MARIANO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.715.634 / 97,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAKSON MARIANO DA SILVA.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.715.634 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>SITIO GARCIA</u>	Número:	<u>8799</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>RAFAEL GODEIRO</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59.740-000</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data: RAFAEL GODEIRO/RN, 04/01/2021

Pedro Emanuel Domingos Leite
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:00:49
<https://pjef1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102100800494200000062529858>
Número do documento: 2102100800494200000062529858

Num. 65294705 - Pág. 6

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 085415634-7



HOSPITAL: H. M. M. S. DATA: 19/09/2020 HORA: 18:40
 PACIENTE: Jaken Morelano da Silveira N.C. SUS: 8920039 0360 8563
 DATA DE NASCIMENTO: 23/12/88 IDADE: 33 COR: B. EST. CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Agente de
 NATURALIDADE: Paraíba ENDEREÇO: Rua Gonçalo Cidade: Belo Horizonte UF: MG
 FILIAÇÃO: Valdeci Morelano & Nair Fumaria Morelano

ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acolhimento: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito Outros

QUEIXAS: Dolor de Mão.

Assinatura:
Acidentes de Alérgicos:

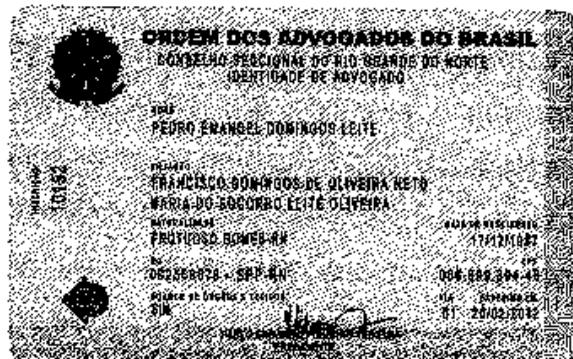
Hab () DM () Classificação:

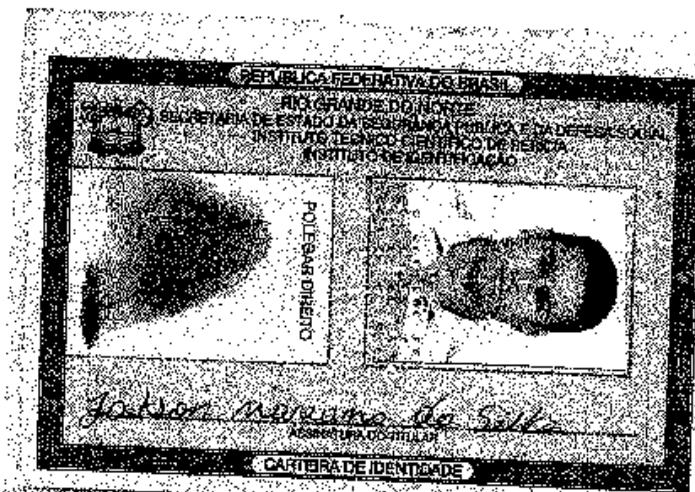
EXAME FÍSICO	Peso	TEMPERATURA C°	PA: mmHg	F.C.	FR: HGT	Pulso	Assinatura Tec.
15/09/2020	70	36,5	140x90				

Data	Prescrição Médica	Horário	19.09.2020	Evolução Enfermagem
15/09/2020	<p>Peitite e tênia no braço, Engrane, em perna Ma sambra, fratura exposta Ras fôder: pulpa é Medro do perde no. Apóis descer da escada mente. Encaminhar ao Serviço de Ortopedia do Hospital Regional de São José das Missões. Clínica e tratamento.</p>	18:40hrs - Paciente sua antecedentes anter hospitalar, exame de orientação da mão, o mesmo não apresentava a fratura exposta no pé direito. Pac- iento limpou no local da fratura paciente foi atendido pelo médico e encaminhado para Hospital Regio- nal da Pau dos Ferros para exame e cirurgia.		

CONDUTA: Medicção Observação Laudo para AIH

19/09/2020, 18:40 horas
 (A) / (B) / (C) / (D) / (E) / (F)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN

DCTRN - AN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO PERNAM: 00360792014

PLACA NOF8C27 EXERCÍCIO 2020

ANO FABRICAÇÃO 2011 ANO MODELO 2012



Validar este QRCode com app.vi

ESPECIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA/POP100

PLACA ANTERIOR / UF NOF8227/RN CHASSI 9C2HB0210CR412464

COR PREDOMINANTE VERMELHA COMBUSTÍVEL GASOLINA

OBSERVAÇÕES DO VÉHICULO

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA
DIGITAL DE
TRANSTO



Para sua comodidade, você pode acessar esta documentação diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de outras muitas funcionalidades.

- Consulter multas e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital do LNU (para ônibus e caminhões)
- Acessar a versão digital das licenças de motoristas
- Consultar o histórico de multas e infrações
- Indicar responsável
- Renovar habilitação

Sobre agora a Carteira Digital de Trânsito - CDT nas lojas Google Play ou App Store. Atenha sua geladeira sua mão todos os documentos para você consultar seu veículo com tranquilidade e segurança!



CATEGORIA PARTICULAR	CAPACIDADE *, *
-------------------------	--------------------

POTÊNCIA/CILINDRADA 0CV/97	PESO BRUTO TOTAL 0,25
-------------------------------	--------------------------

MOTOR HB02E1C412464	CMT *, *	EIKOS *	LOTAÇÃO 02P
------------------------	-------------	------------	----------------

CARROCERIA
NÃO APPLICAVEL

NOME
JAKSON MARIANO DA SILVA

CPF / CNPJ
085.715.634-97

LOCAL
RAFAEL GODEIRO RN DATA
01/07/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DENATRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF *	DATA DE QUITAÇÃO *	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input checked="" type="checkbox"/> PARCELADO
REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$) *	CUSTO DO BILHETE (R\$) *	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$) *
REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$) *	VALOR DO IOF (R\$) *	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) *

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DYNOS PLUSSIAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE
MIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT.
Todos os cidadãos, independentemente de residência, estão sujeitos, segundo os costumes, plazos pelos quais permaneçam no país, ao Seguro DPVAT e garantia que é fornecida no contrato de seguro.
O prazo para a efetivação da contratação do Seguro DPVAT é de 03 (três) meses.

São três tipos de cobertura:

MORTE	DAVIDO PERMANENTE	REBOURSO DE DESPERDÍCIO
100% do valor da cota de seguro devidamente paga	100% do valor da cota de seguro devidamente paga	100% do valor da cota de seguro devidamente paga

CONDIÇÕES ENTRADA NO SEGURO DPVAT:

- Se você for vítima de acidente de trânsito que resultar em óbito ou lesão permanente, o segurado deve apresentar ao seu médico ou hospital responsável, dentro de 15 dias, o documento de Seguro DPVAT no endereço: Rua Presidente Vargas, nº 100, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20030-001, ou no endereço eletrônico: www.seguradepdvat.com.br.
- Formularia de Reclamação Seguro DPVAT, documento que deve ser assinado por você, seu representante legal, ou seu procurador, e enviado para o endereço eletrônico: segurodpvat@seguradepdvat.com.br.
- Recomendação de pagamento da cota paga no dia anterior ao acidente de trânsito, no endereço: Rua Presidente Vargas, nº 100, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20030-001, ou no endereço eletrônico: www.seguradepdvat.com.br.

Para mais informações sobre o Seguro DPVAT, consulte o site www.seguradepdvat.com.br.

IMPORTANTE:

- O prazo para pagamento da informação ou recuperação de seu título deve começar a partir do recebimento do documento, considerando o período de acordo com a robustez da rede.
- O prazo de pagamento de Seguro DPVAT começará em 01 dia útil, inclusive em 01 de sábado e feriado em 01 de domingo, ou seja, 02 dias úteis, respeitando-se, independentemente, o cumprimento do Seguro DPVAT.
- Assim que o Seguro DPVAT é gerado, o devedor deve pagar o imposto de importação de Seguro de Vida Automóvel - IMA. As demais verbas que são destinadas ao cumprimento das obrigações devidas, devem ser pagas.
- O vencimento para pagamento da Recuperação de seu título não estará desvinculado do pagamento da cota de seguro DPVAT ou de seu respectivo prazo.
- O Seguro DPVAT é uma importante fonte de recursos para o Município, Estado, União e Distrito Federal.
- 45% do valor da cota de seguro devidamente paga.
- Unidade de Saúde - 10% para custeio da assistência médica hospitalar, atendendo a pessoas de diferentes idades.
- 10% do valor da cota de seguro devidamente paga.
- Município de Rio de Janeiro - 10% para custeio de programas de saúde e prevenção de ações de combate à fome e à miséria.

Para informações sobre o Seguro DPVAT, consulte o site www.seguradepdvat.com.br.



O Seguro do Acidente de Trânsito



Superintendência de Seguros Privados

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009689 Cidade: Rafael Godeiro Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JAKSON MARIANO DA SILVA Data do acidente: 19/09/2020 Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO COTO DO 4º DEDOS DO PÉ DIREITO, OSTEOSÍNTESE DO 3º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO. ALTA MÉDICA. P7

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEFÍCIT ANATÔMICO TOTAL DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º E 5º DEDOS DO PÉ DIREITO.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:00:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021008004942000000062529858>
Número do documento: 21021008004942000000062529858

Num. 65294705 - Pág. 11

PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

Nome: JAKSON MARIANO DA SILVA Data do acidente:
19/09/2020, estado civil: divorciado Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG
002.916.992 órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 085.715.634-97, residente no(a)
SITIO FREDIA nº 8299, bairro: ZONA RURAL
município: RAFAEL GODEIRO / RN.

Outorgado (Procurador):

Nome: PEDRO EMANUEL DANTAS LEITE, brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: ADVOGADO, portador(a) do RG 002.559.076,
órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 066.899.391-48, residente no(a)
RUA ANTONIO JOAQUIM nº 13, bairro: CENTRO
município: ALMINO AFONSO / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Podendo apresentar, firmar documentos, declarações, assinar formulários, 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, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

CPF/Cédula Identidade PIS/PASEP Bemutação Número de identificação do documento	Local e Data: <u>RAFAEL GODEIRO/RN, 04/02/2021</u> Nome: _____ CPF: _____
---	---

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

ATENÇÃO!!!

TODOS QUE ASSINAM O DOCUMENTO DEVEM RECONHECER A FIRMA EM CARTÓRIO, POR AUTENTICIDADE.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009061/21

Vítima: JAKSON MARIANO DA SILVA

CPF: 085.715.634-97

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/09/2020

Titular do CPF: JAKSON MARIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE : 066.899.394-48

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

JAKSON MARIANO DA SILVA : 085.715.634-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/01/2021
Nome: PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE
CPF: 066.899.394-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE

ALCIMARIA DA SILVA LIMA





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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210009689 Vítima: JAKSON MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: PEDRO EMANUEL DOMINGOS LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). JAKSON MARIANO DA SILVA

Informamos que os pagamentos da insc.

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **JAKSON MARIANO DA SILVA**

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000005894-7

Conta: 000005732-0

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

085.715.634-97

4 - Nome completo da vítima:

JAXSON MARIANO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

AGRICULTOR

11 - Bairro:

ZONA RURAL

15 - E-mail:

8 - Endereço:

SITIO GARCIA

12 - Cidade:

RAFAEL GOEIRO

6 - CPF:

085.715.634-97

9 - Número:

6799

10 - Complemento:

RN

14 - CEP:

59.740-000

16 - Tel.(DDD):

(84) 998650496

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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).

DADOS CADASTRAIS

 RECLUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000 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:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 ABSÉNCIA 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, as 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:

30 - Vítima deixou

nascituro (bebê vivo)?

 Sim Não

nascituro (bebê vivo)?

 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, 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

Impressão
digital da
vítima ou
benfeitor/a
não identificado

35 - Nome legível da 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RAFAEL GOEIRO/RN, 04/01/2021

JAXSON MARIANO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020103000136
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.2 Data de Expedição: 21/10/2020 09:20:18
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/09/2020 18:30:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumido
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Em Véhculo
2.7 Logradouro: CENTRO DE RAFAEL GODEIRO/RN
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Bairro: CENTRO
2.12 Cidade: RAFAEL GODEIRO
2.13 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAKSON MARIANO DA SILVA
3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Núm. Socipol:
3.4 Pai: VALDECI MARIANO
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: NAIR FERREIRA MAIA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 06571963497
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 23/12/1988
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.14 RG: 002916992 - II EP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998660496
3.16 Passaporte:
3.17 Número: SN
3.18 Naturalidade: PATU RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Cidade: SÍTIO GARCIA, ZONA RURAL DE RAFAEL GODEIRO/RN
3.23 Logradouro:
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DA(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: BC2HB0210CR412484
7.1.4 Renavam: 00360792014
7.1.5 Placa:
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: POP 100
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.10 Ano de Fabricação: 2011
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo:
7.1.13 Nota Fiscal
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JAKSON MARIANO DA SILVA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: JAKSON MARIANO DA SILVA
7.1.18 Observações:

B. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCA, ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, DE PLACAS: NOF8C27, PELAS RUAS DESTA CIDADE, QUANDO, PRÓXIMO A UMA ESCOLA, EM UMA CURVA, O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU EM UM BARRO, FAZENDO COM DIREITO: QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOIO NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE RAFAEL GODEIRO/RN, ATENDIDO PELO MÉDICO ABEL BELARMINO DE AMORIM FILHO, CRM/RN 2344; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO OPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 21/10/2020 09:20:13

Policial

Interessado

Polegar direito

Atenção: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA
Impresso por: 1036332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 21/10/2020 09:20:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte
HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
Av. 400, Km 03, Bairro Asaí, Pau dos Ferros RN, Telefax:(84) 3311-9840

030.101.00.72

BOLETIM DE URGÊNCIA 31

Nome: JAKSON MARIANO DA SILVA TEL: Nº REG: 445154

Nas: 23/12/1988 1-Masculino Casado AGRICULTOR Cert.nasc. Título CPF RG Nº 2 916 992

Pai: VALDECI MARINHO Mãe: NAIR FERREIRA MAIA

Endereço: SITIO GARCIA 0 ZONA RURAL RAFAEL GODEIRO RN

Responsável: 898 0639 0360 6663 TEL:

Endereço do Responsável:

Serviço: Urgência / emergência Enfermaria: Leito:

Admissão: 19/09/2020 Hora admissão: 20:11 Data da Alta: Hora da Alta:

Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:

Alega Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Períxima de cair de moto
e fraxema em fêm (L) apresentando*

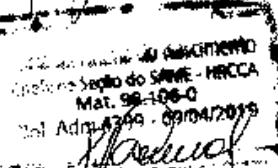
Lesões ou afecções encontradas

*Q mafacia traumática de 3º, 4º e 5º PDL
+ Em fêm, artrofraxema traumática de 4º PDL
+ Fractura aberta de 3º e 5º PDL /*

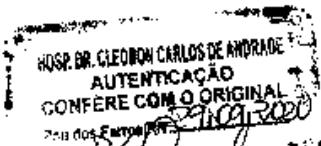
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 20:16



CRM



CASA ALVES-BRAD. EXPRESSO
 MILLIAN ALVES DA SIL
 RUA FRANCISCO JUNES DE AMARIL P2
 CENTRO ALMINO AFONSO RN

V21:1 27/18-2070 16:18
 TERM 0326081 L034 000081132608081

AUJE 136856
 DATA: 27/18-2020 HORA DE BRASÍLIA: 16:18

DEPOSITO EM CONTA-CORRENTE

FAVORADO:
 BANCO : 297
 AGENCIA : 66894 - BRESIO DO CRUZ
 CONTA : 06625586732-6
 NOME : JAHSON MARTANO DA SILVA

DEPOSITANTE : O PROPRIO
 FAVORADO:
 VALOR EM DINHEIRO : 5,00
 VALOR EN CHEQUE : 0,00
 VALOR TOTAL : 5,00

BG BRADESCO - 16894 - BRESIO DO CRUZ
 CORRESP. BANC: 144 - CASA ALVES
 ISU: 066255867357 AUTENTICACAO: 461053

CASA ALVES-ATLIA COMO CORRESPONDENTE
 BANCARIO DO BANCO BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

DIVISORIA BRADESCO
 0800 727 3923

1960-1970



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

93.496, Km 03, Bairro Arlindo, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: JAKSON MARIANO DA SILVA

PRONT: 101451

Nas: 23/12/1988 | Masculino | Casado | AGRICULTOR | Cert.nasc: Título: CPF: RG: Nº: 2 916 992

Pai: VALDECI MARINHO | Mãe: NAIR FERREIRA MAIA

Endereço: SITIO GARCIA

0 | ZONA RURAL

Cidade: RAFAEL GODEIRO

UF: RN Responsável: 898 0039 0360 8663

Endereço do Responsável:

Serviço: 1 -C. Cirúrgica

| Enfermaria

| Leito:

Admissão: 19/09/2020

| Data da Alta:

| Dias de Permanência:

Diag Inicial:

Diag Principal:

Sumário de história Clínica, exame e tratamento

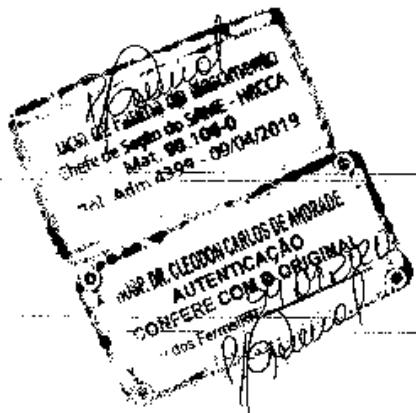
Vítima de acidente de moto e fratura
em fí (2) fraturando o osso exposta
de P.D. com fratura de P.D.

Complicações:

Complicações de alta:

Causa imediata do óbito:

Horas: 20:49



JOSE CASSIMIRO NETO
Médico CRM 9631
CPF



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade
BR 406 - KM 03 - FAU 005 PERN/RN - (84) 3331-5840
CNPJ 14.08.23.1.754.007-01 - E-mail: hcpa@cedon.rn.gov.br

Registro:

Leito:

Livia

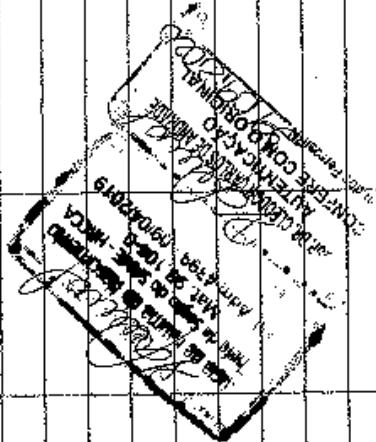
Idade:

Prescrição de Enfermagem

Horário

Evolução de Enfermagem

14/02/2020 07:00 AM
① Drogas: 150 ml EV 24h
② Com tamoxifeno 240 mg + 250 ml Sust 24h
③ Infusão lombosacra
④ Drogas: 100 mg + 100 ml Sust 24h
⑤ Infusão 100 mg + 100 ml Sust 24h
⑥ Télefonos celulares
⑦ Fármacos
⑧ Sust 24h





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente:	Sexo:	Idade:
GIH:	Enfermaria:	Leito:
Pré-Medicação:		
Anestesia Tipo:	Técnica:	
Cirurgia:		
Cirurgião:		

Anamnese / Observações

Blan	20

PA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

LEGENDA: 01 Geral, 02 Local, 3 Outros, H horas, M minutos

DATA: 19/02/2021

Anestesista:
CRM:



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 10/02/2021 08:00:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102100800494200000062529858>
Número do documento: 2102100800494200000062529858

Num. 65294705 - Pág. 22



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente:	Tobson Gomes	Reg:
Diagnóstico Pré-operatório:		
Tipo de Operação:		
Diagnóstico Pós-operatório:	Fratura aberta fechada + fratura traumática do tibiofibula	
Relatório Imediato da Patologia:		
Acidente durante a operação:		
Exame radiológico no ato:		

INTERVENÇÃO

Início: 08:00h	Término: 12:00hs	Duração:
Cirurgião: Dr. Cleodon Carlos de Andrade		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:	Lia da Paula de Souza - MECIA Chefe de Serviço de Cirurgia - MECIA Mat. 98.106-0 Sal. Atlet. 4399 - 09/04/2019	
3º Auxiliar:		
Instrumentador:		
Anestesista:	Dr. CLEODON CARLOS DE ANDRADE AUTENTICAÇÃO CONFERE COM O ORIGINAL	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Exame com DDT, sob na guarnição
- 2) Anestesia, anestesia
- 3) Descascos de tecidos avulsos
- 4) Realizou limpeza abundante de tecido avulso com ferida SF 991
- 5) Desalmebrando de todo ampiamente de
- 6) DDT - Sutura
- 7) Sutura de fixamento
- 8) No sacro mala com falso fio de B o de quatro base fixaria de fratura de 3^a e 5^a PDP.
- 9) Orienta paciente sobre risco de complicação e auxílio





HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 - Km 03 - Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

Evolução Médica

ENFERMARIA:

LEITO:

NOME: Jackson Mazzano IDADE: _____ REGISTRO: _____

DATA	Evolução Médica
19/09	<p>+ Amputação transmídia de 4º PDD + Amputação exposta de 3º e 5º PDD</p> <p>+ Pct submáscico a bainha cirúrgica + Amputação transmídia de 4º PDD</p> <p>13º Ho axiav, está em Galte fio de 3 act queim para fixação de fio de 3º e 3º PDD.</p> <p>Ot. VPM.</p> <p><i>Daniel</i></p> <p>Livia Karina da Silva Vicia de 16 anos do sexo Fêmea Data de nascimento: 08/10/1993 Pol. Adm 4309 - Pau dos Ferros/RN</p> <p>Hospital Cleodon Carlos de Andrade AUTENTICAÇÃO CONFERE COM O ORIGINAIS Pau dos Ferros/RN <i>Daniel</i></p> <p>20-09-2020 Pazapt Aferir pressão e manter compressão longamente Ost: VPM</p> <p><i>Daniel</i></p> <p>Dr. Ivonézio Bezerra de Souza CRM 4162 Médico Ortopedista - TEC 9439 Membro Titular ABO, TEC</p>

