

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3470 03 CONTA: 00009545 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa 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 (ou nascos)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Aline Raissa de Oliveira Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03470

CONTA: 000000009545-8

Nr. da Autenticação D1DA0D2C4EC5CA21

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



COSERN

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 152, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA

CPF: 806 653 494-91

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO SANTO ANTONIO 25

SANTO ANTONIO DO POTENGI/AREA URB
SAO GONCALO DO AMARANTE RN
59290-000

NUMERO DA FATURA	PERÍODO
0856476758	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FÉTIMO DE PAGAMENTO
19/11/2019	11/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
63,86	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA
032833507	UNICA	11/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
11/11/2019	3000785197	1396148

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	73,0000000	0,66578437	48,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,83
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,36
Contrib. Ilum. Publica Municipal			12,87

TOTAL DA FATURA

63,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO SEMA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2190231446	CAT	10/10/2019	66,00	11/11/2019	139,00	32	1,80000		73,00

composição do consumo

HISTÓRICO DE CONSUMOS		DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS				composição do consumo		
PERÍODO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem (%)	
NOV 19	73	ICMS 50,00 PIS 50,00 COFINS 50,00	10,00	9,18	Categoria de Energia	R\$ 15,33	23,7%	
OUT 19	99		10,00	9,18	Transmissão	R\$ 1,83	2,86%	
SET 19	100		1,00	0,94	Distribuição (Conexão)	R\$ 11,53	18,06%	
AGO 19	105		4,98	3,53	Perda de Energia	R\$ 3,08	4,81%	
JUL 19	30		4,98	3,53	Acrescimo Tarifário	R\$ 2,89	4,52%	
JUN 19	57				Tributação	R\$ 12,23	19,15%	
MAY 19	21				Total	R\$ 60,86	100%	

Consumo Referência

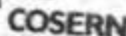
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS

01/05/2020

Consumo Ativo(kWh)

DESCRIÇÃO DA UNIDADE

032833507



COPY

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Irmãos, 152, Beldi, Natal - RN, CEP 59075-250
CNPJ 06.324.196/0001-01 | Tel. Ext. 20200180-0 | www.cerem.com.br

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONJUGAL

RUA SANTA MARIA, 23

CPF 702.851.384-83

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

BELA PARNAMIRIM-AREA URBANA
PARNAMIRIM-RN
59143-002

SPIN NUMBER	NAME	SPIN DATE
02884888	INCA	16/06/2018
02884888	SPIN 02/06/2018	SPIN 02/06/2018
16/06/2018	3000001817	122815

7004991243 08/2019
23/08/2019 16/09/2019
131.89

DESIGNAÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (Vale)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	SALDO (R\$)
Adesão Bandeira AMARELA	187.0000000	0,3484735	108,4
Adesão Bandeira VERMELHA			1,5
Cartão Irm. Pública Municipal			4,4
Multa por atraso-IPF 025794467 - 14/06/19			13,3
Juros por atraso-IPF 025794467 - 14/06/19			2,14
Atualização IOF-IPF 025794467 - 14/09/19			1,36
			0,00

TOTAL DA FATURA

RECONSTRUTIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										151.89
Nº DO MERCADO	Tipo de Pouso	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DAP	CONSUMO	ALVARÉ	CONSUMO PREV.	
	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
21860021	CAT	18/05/2014	6 896.30	18/05/2015	7 052.30	21	1,156.00		167.26	

REVENHO DE TRÁFICO

SEMI-GRUPOS DE TRÁFICO

	NUM. DE SAÍDAS	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	174,61	10,00	30,00
PIS	114,41	0,74	0,04
COFINS	114,41	0,62	0,01

COMPOSIÇÃO DE CUSTOS

	R\$	41,00	30,00
Energia de Energia	R\$	41,00	30,00
Transporte	R\$	4,00	0,00
Outros Custos	R\$	30,00	0,00
Manutenção de Energia	R\$	7,00	0,00
Despesas Financeiras	R\$	0,00	0,00
Tributos	R\$	20,00	30,00
Total	R\$	114,41	0,00

Colunas Alargadas

Colunas Juntas

ACW1 518F B7E2 517F F70C 445F 000E 3579

ANFOMBA, C. & J. B. THOMPSON. 1993.

[illegible]

ATENÇÃO: A GOSERN INFORMAR QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

SEE A-76 FOR NAME, ADDRESS AND PHONE NO.

As informações são de natureza reservada e não devem ser divulgadas sem a autorização expressa do responsável pelo tratamento dos dados. A divulgação não autorizada constitui crime previsto no art. 157 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no art. 171 do Código Penal (CP).

ANÁLISE DE EVOLUÇÃO DAS INTERVENÇÕES					ANÁLISE DE EVOLUÇÃO		
PROPOSTA	VALOR ANTES	VALOR DEPOIS	VALOR DIFERENÇA	VALOR PORCENTAGEM	VALOR ANTES	VALOR DEPOIS	VALOR DIFERENÇA
ENC	0,04	0,10	0,06	20,77	220	221	1
ENC	1,00	3,25	2,25	225,00			
ENC	3,04	3,04	0,00	0,00			

VALOR DIFERENÇA: 0,06

VALOR PORCENTAGEM: 20,77

VALOR DIFERENÇA: 2,25

VALOR PORCENTAGEM: 225,00

VALOR DIFERENÇA: 0,00

VALOR PORCENTAGEM: 0,00

VALOR DIFERENÇA: 1

VALOR PORCENTAGEM: 0,45

DATA CONTRACT 704991367 ISSUING DATE 08/20/19 DATA CONTRACT NO. 2308/2019 TOTAL A PAGER (PA) 131,89
83850000001 A 31890028403



ÁREA DE SERVIÇOS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1-1 SET 2019

GENTE SEGURODA SIA

GENTE SEGURADORA S/A
R. das Pedras, 278 - Jd. A. N. - J. - SP

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGUNADORA SIA

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Poiteguens, 2335 - Loja 4 - Natal - RN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Potiguares, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONCLUÍDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GEITE SEOURADORA S/A

GENTE SEGRADORA S/A
R. das Palmeiras, 2565 - Lapa 1, Rio de Janeiro, RJ

AREA DE SINISTROS - DPVAL
CONTEUDO NAO VERIFICADO

18 SET 2013

GENTE SEGURADORA S/A

GENTE SEGURADORA S/A

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 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

³ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBINSON LUIS VITAL FERREIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 702.851.364 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.510.714 / 50

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.510.714 / 50, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA SANTA MARIA</u>		Número: <u>22</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BELA PARANAPARANÁ</u>	Cidade: <u>SARNAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59342-682</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>(084) 9.8706.3749</u>	

Local e Data: NATAL 05/12/2019

ROBINSON LUIS VITAL FERREIRA
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrada a ocorrência nº **182495/1** do dia 26/10/2019, com as características informadas pela vítima ou o representante legal de **ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES** 24 anos, conforme ficha anexa. Porém, no momento do acidente não foi possível a identificação da vítima por nossa equipe.

Natal, 03 de dezembro de 2019.

Pl Felipe da Sousa Magalhães

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Matricula:210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 182495/1

Data: 26/10/2019

CHAMADO

TARM: ANDREZA GOMES FERNANDES

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 29 (SÃO GONÇALO I)

Médico Regulação: ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

Médico Cena: NATALIA DE SOUZA GUEDES

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: SANDRO PAIVA PEREIRA GOMES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
FRANCISCO CANINDÉ DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM* REGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: (84) 98758-6271

Nome do Paciente:

4 VITIMAS

Idade: *

0 ANO(S)

Sexo: *

NÃO INFORMADO

Endereço: NA DESCIDA DE REGOMOLERO EM FRENTE A QUITANDA MM CAMPOS

Nº: EM VP

Bairro:

Outro Bairro: BAIRRO REGOMELIRO

Referência/Complemento:

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR KESSIA RECEBE O PACIENTE NO PS CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

26/10/2019 18:35:58 - Dr(a). ROSÂNGELA KALYNE SANTOS VERAS DE MORAIS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO MOTOXMOTO, 04 VITIMAS. 2 VITIMAS COM FRATURAS EXPOSTAS EM BRAÇO TODAS CONSCIENTE ORIENTO NAO MOVIMENTAÇÃO DAS VITIMAS E SINALIZAÇÃO DO LOCAL.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 26/10/2019 18:41:12 Usuário: (RADIO OPERADOR) USUÁRIO R.O. PARA TREINAMENTO
Observação: Controle de frota: USB 29 NO QTI DA OCData: 26/10/2019 19:25:09 Usuário: (TARM) ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA
Observação: REGULADO COM DRA KESSIA NO POLITRAUMA DO PSCS. 32327576Data: 26/10/2019 20:14:44 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO
Observação: Controle de frota: DR KESSIA RECEBE O PACIENTE NO PS CLÓVIS SARINHO

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
26/10/2019
18:33:52Saída Local:
26/10/2019
19:32:34Regulação Médica:
26/10/2019
18:35:58Chegada Destino:
26/10/2019
20:07:27Solicitação VTR:
26/10/2019
18:40:50
Liberação Destino:
26/10/2019
20:14:37Saída VTR:
26/10/2019
18:41:10
Liberação VTR:
26/10/2019
20:14:38Chegada Local:
26/10/2019
19:32:29

Jm

Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

26/10/2019 19:19:57 - VINICIUS CÂMARA DE SOUSA PAIVA

ACESSO VENOSO PERIFERICO COM RL 01 AMP DIPIRONA EV + 8 ML DE ABD

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

:/

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

:/

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim * Não

VIOLENCIA A VULNERAVEIS?

Sim * Não

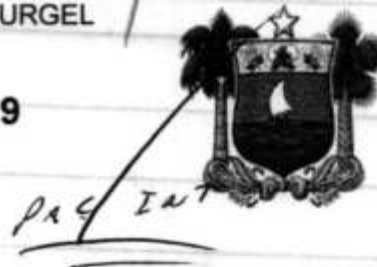
Bar



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55712 /2019

Admissão: 26/10/2019 20:00:16

CIRURGIA GERAL - AMARELO



Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES (24 a 6 d)

Nascimento: 20/10/1995 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 11951071450

Prof:

Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA Pai:

Logradouro: SAO JOSE OPERARIO, 1

CEP: 59297759

Bairro: SANTO ANTONIO DO POTENGI

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 987369836

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tip: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 26/10/2019 19:56:09

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120x60		97%			86		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO ES ESCORIAÇÕES NO ANTEBRAÇO

Hora: 20:05h

Paciente vítima de colisão moto x moto há 1 hora, veio por SAMU, seu prontuário, estava em uso de capote e na A Gruppe e houve seriamente, apresentando dor no M.S.D. Não prova de consciência, reflexos, vômitos

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A não sensível, sem cefalalgia.

B MU+, bilateral, SI RA.

C FC: 76 Bat: 98%

D Glasgow 15

E Escoriações em M.S.D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd e pulm sem alterações

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Hospitalar de Epidemiologia

29/10/19

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) Não

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Atualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

- 1) Raio x de tórax AP
- 2) Raio x de M.S.D AP e perfil.
- 3) Raio x de punho D AP e oblíquo
- 4) Raio x de punho E AP e oblíquo

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Em tempo, 20:35h, Raio x de tórax sem evidência de fratura em ambas costais e sem presença de pneumotórax.

CD. Alta da Clínica Geral.

F. M. Romualdo

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>Ortopedia</u>	HORA: 20:35h	DATA: 26/11/2019
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:				
OBITO: DATA	/	/	HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP				

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE Paciente com história de acidente de moto apresentando dor em

EXAME FÍSICO ombro e coluna

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de ombro
Rx de coluna

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Tramadol 100mg + Paracetamol 500mg, 4x/dia, 7 dias
Dexclonazina 4mg/ml 2,5ml + 7,5ml 1x/dia

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 04/12/19
MAT. Nº 1520713
SAME

[Signature]
Kledson Bastos
Ortopedia
CRM 4421

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA:

DATA: / / HORA:

Assinatura Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Traga à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA:

DATA: / / HORA:

Assinatura Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

TO:

DATA: / /

HORA:

Traga à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ORIENTAÇÃO TEÓRICA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

NOME: ALINE RAISSA DE O. ALVES

LEITO:

IDADE:

Nº REGISTRO:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO AMISSIONAIS

27/10/2019 VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR

AO EX: EGB, CONSCIENTE, EUPNEICO

OMBRO DIR: DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL, COM DESVIO, 3 PARTES

HD: FRATURA ÚMERO PROXIMAL DIR (S42.2)

CD: INTERNAÇÃO

• NIR

Dr. Marcelo Mendes de Oliveira
Cirurgião de Trauma e Ortopedia
CRM/RN 27701

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 04/12/19
MAT. Nº. 1826875
SAME
OF
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

Comissão de Internamento Hospitalar

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoFICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 26/10/19 Alta: 1/1/
Nome: Aline Raima de Oliveira Alves Naturalidade: _____
Idade: 24 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 1/1/
RG: _____ Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: E. médio
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Endereço: R. São José Operário, 01 - St.º Antônio do Patengi Cidade: São Gonçalo do Amarante
Telefone: 98736-9836 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Marcos Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside com companheiro, 03 filhos e mãe.
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Vendedora ambulante Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAD
Interação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
(X) Encaminhado: Hospital de origem: SGA

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Marcos Félix do Nascimento
Parentesco: Companheiro Telefone: 98736-9836
Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente admitida aos cuidados da ortopedia, leu no ombro
companheiro orientado quanto as normas da unidade; solicitados
as cópias dos documentos. S. C. M.
FS incompleto por falta de RG

Sondelany G. D. Firmino da Silva
Assistente Social
Saída: RESS 2509

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Identidade de trabalho?

Arrecadação/Arrecadação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149228 ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES**

Prontuário:

CNS: Nascimento: 20/10/1995 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA FEITOSA Pai:

Endereço: RUA SAO JOSE OPERARIO, 1 - SANTO ANTONIO DO POTENGI - SAO GONCALO DO

Fone: 987369836 /

Município: SAO GONCALO DO AMAR/ Código Municipal IBGE:

241200 UF: RN

CEP: 59297-759

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30286 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR.

AO EX: EGB, EUPNEICA, CONCIENTE

OMBO DIR: LIMITAÇÃO, EDEMA, BOA PERFUSÃO DISTAL, SEM DEFICIT

RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIR

INDICADO CORREÇÃO CIRÚRGICA (FRATURA FECHADA)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO*408020334.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM/RN 4788

CRM: 4788 / RN

Data da Solicitação 26/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização:

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

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO

CNPJ: 08.241.754/0108-84
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

FICHA DE ADMISSÃO

LEITO: <u>37</u>	NOME DO PACIENTE: <u>Pline Raissa de Oliveira</u>	IDADE: <u>24</u>
DIAGNÓSTICO(S): <u># Umor proximal direito</u>	DATA DE ADMISSÃO: <u>31, 10, 19</u>	
ALERGIA(S): <u>nenhuma</u>		

HISTÓRICO DE ADMISSÃO

Pac. deu entrada no setor (em), proveniente do HWG de urgência, 26/10, com fratura de Ulna (D) por acidente automobilístico. nega DM, HAS e alergia por medicamentos. Ao exame físico, consciente, orientada, em O2 ambiente, queixando-se de dor na região da fratura, ainda com elevações nos mms + mte. Sono prejudicado (dor), de febre preservada. Evacuações intestinais + eliminação vesical presentes. Consegue deambular. Segue sob cuidados do enfermeiro. Em tempo, com lesões na região dos órgãos genitais. *Dr. Arthur Torres*
31/10/19
51 queixas
Ana Lúcia dos Santos Guerra Vale
COFEN-RN - 222.081 - ENF

EXAMES AGENDADOS / SOLICITADOS / PARECERES

Truques PTH + Raxo X - no pront.
Lac. Ressecis - no pront.
~~02/11 - 6X lab. (URGENTE) - OK! No pront.~~
~~LA S P 04-11 (contido) - OK.~~
~~EX LAB 05/11~~
EX LAB 08/11 - OK - no pront.
~~Hemograma 11/11 - OK (no pront.)~~

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 04/12/19
MAT. Nº. 182
SAME
OT
ASSINATURA



Paciente: 149228 - ALINE RAISSA DE OLIVEIRA ALVES

BAA: 4-55712/2019

Idade: 24 ano(s) 0 mes(es) e 6 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - POLITRAUMA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Arquivo:

Peso:

Data Atendimento: 26/10/2019 20:00

Início Validade: 26/10/2019 22:20 até 27/10/2019 18:59

Sala: POLITRAUMA

Médico Resp.: 1-MEDICO PLANTONISTA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

26/10/2019 22:21:23 - ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIR.
AO EX: EGB, EUPNEICA, CONCIENTE
OMBRO DIR: LIMITAÇÃO, EDEMA, BOA PERFUSÃO DISTAL, SEM DEFICIT
RX: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIR
CD: TIPOIA
INTERNAÇÃO
HD: Fx ÚMERO PROXIMAL DIR (S42.2)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV

DOSE UNI

PROCEDIMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - TALA GESSADA MEMBRO SUPERIOR

Obs.: TIPOIA MSD

Dr. Marcílio Mariano de Oliveira
Cirurgião de Mão e Cotovelo
CRM-RN 4788

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA

CRM-4788/RN



Ricardo Gonçalves da Silva

De: Ricardo Gonçalves da Silva
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 16:57
Para: 'dpvat.portoalegre4@uniaoseguradora.com.br'; 'DPVAT/JULIANA'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: UNIAO SEGURADORA - DEP 280.xlsx

Prioridade: Alta

Prezados(as),

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente;
Ricardo Gonçalves

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

ricardo.goncalves@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4748



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3240859 1. VIA DATA DE EXPENSA 30/04/2010
 ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

FILIAÇÃO WELLINGTON ALVES FEITOSA
 MÃE DE DO CARMO DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 20/10/1995

NATAL, RN

CERT. NASC. No. 074473 L. 049 F. 074
 SÃO GONCALO DE ANUNCIATIM 02 CARTORIO
 Cristiana Bezerra de Sales Dantas

LEI Nº 7.118 DE 23/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Alme Raíssa de Oliveira
 Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

119.510.714-50

Nome


ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Nascimento


20/10/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO - CERTIFICADO DE PESSOA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II



POLEGAR DIREITO



Robinson Luis Vital Freire

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

23/07/2019

001.099.157

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

SEBASTIAO FREIRE
GENEVA VITAL FREIRE

NATAL - RN

CERT. DE CASAMENTO L-8-31 F-91 RG-7239
PARANATIRIN RN-2 CARTORIO

702.851.364-53

12/04/1969

3a. VIA

Robinson

Brigida Zolind R. de Souza
Rua A 357 Jussara - Jussara - RN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Potiguareiros, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. dos Potiguareiros, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014529475065
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 01064689660 R.N.T.R.C. 2019

ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CNPJ / CNPJ

119.510.714-50

PLACA ANT / UF

QGE2717 / RN

9C20C4110F8205100

ESPÉCIE TIPO

PASSAGEIRO / 700CC / 125 SAN XS

MARCA / MODELO

125 SAN XS

CAP / POT / cil

125 125 125

CATEGORIA

125 125

COM PREDOMINANTE

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

RN Nº 014529475065 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MENSURAÇÕES, LEIA NO 000330
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 119.510.714-50

RENAVAM

01064689660

9

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

EXERCÍCIO

2019

16/08/2019

PLACA

QGE2717

MARCA / MODELO

125 SAN XS

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

PRÊMIO TARIFÁRIO

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

125 125

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.668/0001-04

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

16/08/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434852/19

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CPF: 119.510.714-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE : 702.851.364-53

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

ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES : 119.510.714-50

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: 05/12/2019
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 226 772

Data da solicitação: 31/07/20

Nome do beneficiário: HELIA MARIA BORGES TIMOTEO

CPF do beneficiário: 016.566.704-08

Nome do solicitante: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

CPF do solicitante: 702.855.364-53

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (085) 9-8706374

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU, ROBINSON LUIS VITAL FREIRE, PROCURADOR DA VITIMA, HELIA MARIA BORGES TIMOTEO VENHO SOLICITAR A SEGURADORA LIDER QUE SEJA REANALISANDO O PROCESSO DA BENEFICIARIA POIS A INDENIZACAO RECEBIDA NAO E COMPATIVEL CONFORME A SEQUENCA QUE SE ENCONTRA A VITIMA BEM COMO NAO E COMPATIVEL PELA TABELA DE PERDA DEFINITIVA DE UM DOS DEDOS DA MAO POIS FOI PAGA O VALOR DE 945.00 REAIS QUANDO A TABELA DIZ QUE E 1350.00 REAIS SE FOR O CASO SEJA AGENDADA UMA PERDA MEDICA PARA COMPROVAÇÃO DA SEQUENCA DEFINITIVA DOS FATOS DESDE JA ESPERO DESENVOLVIMENTO DA REANALISE DO PROCESSO

Local e Data

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

VALORES DEFINIDOS

A nova tabela do DPVAT estabelece quantias a serem pagas como indenização por acidentes de trânsito conforme a parte do corpo afetada. O teto é de R\$ 13.500 e os demais são porcentagens desse valor.

<p>R\$ 6.750 (50%) Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho.</p>	<p>R\$ 3.375 (25%) Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral, exceto o sacral.</p>	<p>R\$ 13.500 (100%)</p> <ul style="list-style-type: none"> Perda de ambos os membros superiores ou inferiores. Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral). Perda de um membro superior e de um membro inferior. Lesões neurológicas: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica. Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais, pélvicas ou retro-peritoneais comprometendo funções vitais. Perda de ambas as mãos ou de ambos os pés.
<p>R\$ 3.375 (25%) Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar.</p>	<p>R\$ 1.350 (10%) Perda integral (retirada cirúrgica) do baço.</p>	
<p>R\$ 3.375 (25%) Perda completa da mobilidade um joelho, tornozelo ou quadril.</p>	<p>R\$ 9.450 (70%) Perda de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos.</p>	
<p>R\$ 1.350 (10%) Perda completa de qualquer um dos dedos da mão, exceto o polegar.</p>	<p>R\$ 9.450 (70%) Perda de um dos membros inferiores.</p>	
<p>R\$ 1.350 (10%) Perda completa de qualquer um dos dedos do pé.</p>	<p>R\$ 6.750 (50%) Perda de um dos pés.</p>	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679377 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO (PG 8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.13)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PMR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Amounts \$52.83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434852/19

Número do Sinistro: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

CPF: 119.510.714-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 17/07/2020
Nome: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE
CPF: 702.851.364-53

ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679377 Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

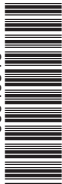
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003470

Conta: 000009545-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679377

Vítima: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 24/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3470 03 CONTA: 00009545 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa 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 (ou nascos)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

Aline Raissa de Oliveira Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 065796/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 08:54 Data/Hora Fim: 05/12/2019 09:09
Delegado de Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 26/10/2019 18:35

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)
Logradouro: NA DESCIDA DE REGOMOLEIRO
Complemento: EM FRENTE A QUITANDA

Bairro: REGOMOLEIRO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALINE RAISSE DE OLIVEIRA ALVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 20/10/1995
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria do Carmo de Oliveira Nome do Pai: Wellington Alves Feitosa

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN Nº: 23
Logradouro: RUA SÃO JOSE OPERARIO
Bairro: NOVO SANTO ANTONIO

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Nome Civil: FRANCINALDO COSTA DOS SANTOS (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 12/08/1984
Nome da Mãe: TEREZA MARIA COSTA DOS SANTOS Nome do Pai: FRANCISCO DE ASSIS V DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.463.264-44
RG - Carteira de Identidade: 002201558

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN Nº: 03
Logradouro: R EDMILSON FARIAS DE MORAES
Complemento: CASA CEP: 59.290-000
Bairro: STO ANTONIO DO POTENGI



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065796/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 2 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 119.510.714-50
Placa QGE2717	Renavam 01064689660
Número do Motor JC41E1F205100	Número do Chassi 9C2JC4110FR205100
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo São Gonçalo do Amarante
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 05/10/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido

Aline Raisse de Oliveira Alves

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU A ESTA DP A PESSOA ACIMA QUALIFICADA PARA RELATAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DUAS MOTOS A QUE A COMUNICANTE IA DE PASSAGEIRA. A COMUNICANTE RELATA QUE ESTAVA NEBLINANDO E PORTANTO PISTA ESCORREGADIA FOI QUANDO O CONDUTOR DA OUTRA MOTO QUIS PARAR PARA SE PROTEGER DA CHUVA EM UMA PARADA SO QUE O MESMO ENTROU DE VEZ PARA O A COSTAMENTO NÃO DANDO TEMPO DA MOTO EM QUE A COMUNICANTE VINHA DESVIAR DO MESMO E COLIDIU FAZENDO COM QUE A COMUNICANTE FOSSE ARREMESSADA AO SOLO VINDO A SOFRER ESCORIAÇÕES PELO CORPO SENDO O MAIS GRAVE UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO PARALISANDO PARCIALMENTE O BRAÇO. NADA MAIS A RELATAR.

ASSINATURAS

Severino Bezerra Galvão

Agente de Polícia

Matrícula 199.263-1

Responsável pelo Atendimento

Aline Raisse de Oliveira Alves

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."