

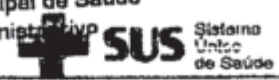


5 de Novembro de 2020

2020

Prefeitura Municipal do Mossoró  
Wallace Stoessel Avelino Tavares

Secretaria Municipal de Saúde  
Diretor Administrativo



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Assú  
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:		Atendimento Nº: 63	
Nome: FREDERICO AUGUSTO DE A. ROCHA	Idade: 15	Sexo: M	
Cartão SUS:	Nome da Mãe: CRISTINA C. DE A. ROCHA	Profissão: -	
Endereço (Rua/Av.): FLORESTA - COIMBRA		Nº: 125	Complemento:
Bairro: FLORESTA	Cidade: ASSÚ	Estado: RN	Telefone:
Clinica:	Data: 09.04.20	Hora: 19:30	
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: [Assinatura]		
Assinatura do Paciente:			

**ACOLHIMENTO:** ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos: -

HAS (V) CM: (N) Assinatura: Classificação:

**ANAMNESE:** Paciente refere queixa de dor na região abdominal inferior esquerda, com duração de 1 hora.

**EXAME FÍSICO:**

Peso: Temperatura: F.C.: PA: 120x90 mmHg F.R.: Glasgow:

SpO2: HTG:

Exame físico normal.

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

Saída: Data/Hora às h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito

(X) Outra unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

Exame físico normal. P/ HK T 111

[Assinatura]



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7335 /2020

Admissão: 22/04/2020 21:10:05

OK

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60221 - ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA (18 a 6 m 10 d)

Nascimento: 12/10/2001

Natural: ACU.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 201259446450003

CPF: 13300417473

Prof:

Mãe: CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA

Pai: ELION CELESTE DA ROCHA

Logradouro: EDUARDO COSINO, 105

CEP: 59650000

Bairro: DOM ELIZEU

Cidade: ACU

Telefone: 84.94182383

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

22/04/2020 21:05:18

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

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO EM PUNHO ESQUERDO.

Dt e Hora: —

Dr. Vicente Andrade  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - 5592 - TEOT 10491

Queixas: Queda de moto Honda 2018

Com dor + inchaço no punho esquerdo.

N.d.v. Mh.

R: Fratura do punho esquerdo

R: Inchaço no punho esquerdo

Diagn. Inicial:

Assin:

## PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

- Fala sobre o tratamento

- Fala sobre o tratamento

22:00

Ezequiel fernandes

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 15/04/2020

SANE / ARQUIVO

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

CID: 552, Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

\*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 22 de Abril de 2020.  
Carimbar)Dr. Vicente Andrade  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - 5592 - TEOT 10491



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: \_\_\_\_\_ Nº ATENDIMENTO: 523752 DATA: 26/04/2020  
TIPO DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 200A CONVENIO: SUS  
MATRÍCULA: 201259448450003 VALIDADE: \_\_\_\_\_  
Criado por Rhaela Medeiros Silva em 26/04/2020 18:57

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ERICK DAVID ALENCAR ROCHA SEXO: Masculino  
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/2001 RG: 003853950 CPF: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO MÃE: CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA  
FILIAÇÃO PAI: ELION CELESTE DA ROCHA  
ENDEREÇO: EDUARDO CORCINO Nº 143  
BAIRRO: DOM ELIZEU CIDADE: Açu  
ESTADO: RN CEP: 59650-000  
FONE: (84) 99418-2383 FONE: (84) 99866-4403

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO  
DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: \_\_\_\_\_

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA  
CNPJ: 09.417.742/0001-91  
Confere com o Original  
Data: 26 / 04 / 2020



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOSZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**Ligações Gratuitas:**  
**-TELEATENDIMENTO COSERN: 116**  
**-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**-Ouvidoria 0800 984 0404**  
**Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte**  
**ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167**  
**Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA</b> <b>CPF: 008.707.924-07</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>25/09/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>126,27</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>18/09/2020</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>18/09/2020</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>048461412</b> <b>Série: U</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>000852077832</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>3000716113</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0000015721</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> <b>RUA EDUARDO CORCINO 105</b> <b>DOM ELIZEU/AREA URBANA</b> <b>59650-000 ASSU RN</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
<b>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 <a href="http://www.cosem.com.br">www.cosem.com.br</a></b>	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>5977.58A0.AA4D.9E18.C247.7210.792A.D6C5</b>		

## DESCRICÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD		167,00	0,36562953	61,06
Consumo Ativo(kWh)-TE		167,00	0,31795640	53,09
Contrib. Ilum. Pública Municipal				12,12
TOTAL DA FATURA				126,27

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
114,15	18,00	20,54	114,15	1,10	1,25	114,15	5,05	5,76	

TARIFAS APLICADAS		
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,37773000	
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,34117000	

HISTÓRICO DO CONSUMO			kWh
SET	20		167
AGO	20		192
JUL	20		195
JUN	20		168
MAI	20		175
ABR	20		221
MAR	20		158
FEV	20		130
JAN	20		190
DEZ	19		150
NOV	19		161
OUT	19		158
SET	19		130

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	38,97	34,14
Transmissão	5,33	4,67
Distribuição (Cosem)	28,67	25,29
Encargos Setoriais	8,16	5,39
Tributos	27,55	24,13
Perdas de Energia	7,28	6,38
TOTAL	114,15	100

APÓS 05/10/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
29/05/20	18/09/20	162,11

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 98 REM 414/AnexII. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002120846633	CAT	10/05/2020	13,823,00	10/05/2020	13,890,00	30	1,0000	0,00	167,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	AÇU	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DIcRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DIcRI: 12,32	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,31					

Todo Consumidor pode solicitar a geração dos indicadores DIC, FIC, DNIC e DIcRI a qualquer tempo.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia; rua dr. hui carlos, centro / r / lat: av doutor hui carlos, 118, dom cilzeu lista completa em [www.cosem.com.br](http://www.cosem.com.br).  
O pagamento desta Nota Fiscal futura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da Nota Fiscal em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O Cliente é responsável por manter o veículo no contínuo funcionamento ou no nível de usinagem de funcionamento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res441/A/NEEL), Juros 1% (m. 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.  
Acesse [www.cosem.com.br](http://www.cosem.com.br) e confira nossa Política de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

\*\*\*\*\*  
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000852077832	09/2020	126,27	25/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

8380000000017 262700384009 852077832209 014307179737



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



# 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: 33.004.174-73 3 - CPF da vítima: 33.004.174-73 4 - Nome completo da vítima: Enrick David de Alencar Rocha

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

5 - Nome completo: Enrick David de Alencar Rocha 6 - CPF: 33.004.174-73  
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua Eduardo Corino 9 - Número: 105 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Dom Elizeu 12 - Cidade: Assu 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.650-007  
15 - E-mail: 84-99418-2383 16 - Tel.(DDD): 84-99418-2383

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: 28 de Setembro de 2020

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 (vai nascer)? ☐ 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 beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Assu

CPF: 33.004.174-73

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Enrick David de Alencar Rocha

CPF: 33.004.174-73

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Assu, 28 de Setembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Documentação  
recebida na agência  
dos Correios sem o  
Boletim de  
Ocorrência.

Favor pendenciar.



# 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: 33.004.174-73 3 - CPF da vítima: 33.004.174-73 4 - Nome completo da vítima: Enrick David de Alencar Rocha

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

5 - Nome completo: Enrick David de Alencar Rocha 6 - CPF: 33.004.174-73  
7 - Profissão: desempregado 8 - Endereço: Rua Eduardo Corcino 9 - Número: 105 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Dom Elizeu 12 - Cidade: Assu 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.650-007  
15 - E-mail: 84-99418-2383 16 - Tel.(DDD): 84-99418-2383

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: 28 de Setembro de 2020

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 (vai nascer)? ☐ 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 beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Assu, 28 de Setembro de 2020

Enrick David de Alencar Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200433141                      Vítima: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

Data do Acidente: 22/04/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Para:

Seguradora border S/A

Rua da Assembleia, 100 16º Andar

Santos - Ed. Darck

Rio de Janeiro - RJ

Cep: 20.011.904

20/10

	Correios	REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)
Recebedor		registered priority	0,019
Assinatura		Doc.	<input checked="" type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> MP
JU 99227837 5 BR			

AR

  
23 001 2020



Gruck David de Alencar Rocha  
Rua Antonio Vieira de sa, 986 aeroporto

Mossoro - RN

0010: 59.607-100





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344453/20

**Vítima:** ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

**CPF:** 133.004.174-73

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 22/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA : 133.004.174-73**

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](http://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: 01/12/2020  
Nome: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA  
CPF: 133.004.174-73

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/12/2020  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

Patricia Aleixo Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

014694614130

1 00980946980 \*\*\*\*\* 2019

ELIETE CELESTE DA ROCHA

078.938.424-82 NNN7116

NNK7816/RN 9C2JA04208R125334

PASSAGEIRO/MOTONETA/NÃO AFILI

HONDA/BIZ 125 ES 2008 2008

OCV/124 CILINDRADAS PARTICULAR PRBEA

R\$ 0.00 14/05/2019 PAGO  
002006 3X R\$ \*\*\*\*\* PAGO

\*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

MOTOR: JA04E28125334



Cartão de Registro de Veículos  
DETRAN-RN

AUSU/RN

17/03/2020

RN Nº 014694614130

ELIETE CELESTE DA ROCHA

2019 17/03/2020

078.938.424-82

NNK7116

00980946980

HONDA/BIZ 125 ES

2008

9C2JA04208R125334

AUTOD

TOTAL

FEU-0019