



Número: **0802437-93.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **15/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO BATISTA DE SOUSA (AUTOR)	CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44555 390	16/06/2019 18:12	2584490 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Documento de Comprovação
44555 400	16/06/2019 18:12	2584490 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08024379320198205106

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO BATISTA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, pois, o Laudo informa que a parte autora não restou permanentemente inválida, motivo pelo qual não houve pagamento em sede administrativa.

Ademais, reitera a Ré que a parte autora não traz aos autos qualquer documento que comprove uma suposta condição de inválida, com a quantificação da lesão.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 14 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO BATISTA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180435707**
Vitima: **JOAO BATISTA DE SOUSA**
Data do Acidente: **22/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180435707**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13384821



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180435707
Vitima: JOAO BATISTA DE SOUSA
Data do Acidente: 22/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180435707**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00541/00542 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13430739

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180435707 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 5221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	073.509.304-99	João Batista de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Batista de Souza	073.509.304-99	Recluso
Endereço	Número	Complemento
rua dos leiros	38	600
Bairro	Estado	CEP
Santa Terezinha	BA	51600-002
Email	Telefone (DDD)	
	1341 9953 8106	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
1 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
LIBRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DN	CONTA NRO.	D/V
3064		048 950	5
(Informar dígito se existir)			
2 CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Nome	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	DN	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

18/09/2018, de Agosto de 2018
Local e Data

João Batista de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN

DATA: 28/08/2018

HORA: 09:33:21

TERMINAL: 30641019

CONTROLE: 306410190201

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1013 / UFERSA

CONTA : 013.00010888-5

NOME : ALCILENE LEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3064 / TERRA DO SAL

CONTA : 013.00048950-5

NOME : JOAO BATISTA DE SOUSA

:

DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/08/2018



DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



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: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ
Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201807000067 1.2 Data de Expedição: 16/05/2018 10:18:37
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRANSITO COM DANO 1.4 Ligou CIO/SP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/04/2018 08:00:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumo 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: DOM JAIME CÂMARA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.15 Logradouro: RUA ROSA PRATA
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOAO BATISTA DE SOUSA 3.2 Estado Civil: União Estável
3.3 Nome Social:
3.5 Círculo: Pardo 3.4 País: JOSE PEDRO SOBRINHO
3.6 Sexo: MASCULINO 3.8 Mês: FRANCISCA GOMES DE LIMA
3.9 CPF: 07350990499 3.8 Orientação Sexual:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A) 3.10 Identidade de Gênero:
3.15 Telefone(s): 3.12 Data de Nascimento: 03/07/1986
3.17 Número: 36 3.14 RG: 1390874 - Itep/RN
3.19 Bairro: DOM JAIME CAMARA 3.16 Passaporte:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.18 Naturalidade: MOSSORÓ/RN
3.23 Cidade: MOSSORÓ 3.20 E-mail:
3.24 CEP:
4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

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

7. VÉHICULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:
7.1.5 Placa: UGC4512 7.1.4 Renavam:
7.1.7 Marca: I
7.1.9 Ano do Modelo: 2014 7.1.6 Estado:
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.8 Modelo: SHINERAY XYS50 PHOENIX
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOAO BATISTA DE SOUSA 7.1.10 Ano de Fabricação: 2013
7.1.17 Nome do condutor: JOAO BATISTA DE SOUSA 7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR
7.1.18 Observações: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO POLICIAL E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO LOCAL DESCrito QUANDO AO PASSAR UM UMA FUÇA DE LAMA DERRAFOU E CAIU SOFRENDO LESÕES. O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PARA O HRTM EM MOSSORÓ. O COMUNICANTE RELATA QUE UM AMIGO, DIEGO, VINHA NA GARUPA MAS NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO SÉGURO O PRÓPRIO DIEGO DISSE AO COMUNICANTE NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIO/SP

9.3 Outras Previdências

REGISTRO DA OCORRÊNCIA

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: 16/05/2018 10:18:37

Rogerio de Carvalho Brito
Agente de Polícia Civil
Mat. 157.380-2

Atendimento: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO
Impresso por: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 16/05/2018 10:18:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ARUANA SECUROS
19 SET 2018

Página 11



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: José Batista de Souza | CPF da Vítima: 073.509.904-99 | Data do Acidente: 22.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

2000 de Agosto de 2018
Local e Data



José Batista de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IBALI.001 V001/2017

PROPOSTA →
LIXOSOS DO MUNICÍPIO
OS → P/CC

Diego Arias de 10/12
CAMPANHAS
CAMP 2013
TEOT 1346

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MELO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/05/2013
BIAE
SAME/ARQUIVO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMIZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20053199-8



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráfitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142

-Ouvidoria 0800 264 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0880 727 0167 -Ligação Gráfita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gráfita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALZENI MARIA DA COSTA MARTINS
CPF: 413.729.804-15

ENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOS LIRIOS 38

SANTA DELMIRO/ÁREA URBANA
59600-001 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 614/2018), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br.

DATA DE VENCIMENTO

16/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

47,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

006154317

Série: U

CONTA CONTRATO

007006170794

Nº DO CLIENTE

3806742868

Nº DA INSTALAÇÃO

0000661662

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAJA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CF56.5F83.32CB.97D2.89BB.0FF1.A5F4.F837

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00	0,28541944	6,90
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,35214761	24,65
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	11,00	0,52827142	5,81
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,25
Contribuição Iluminação Pública			3,32
ICMS/Parcela Subvenzionada			5,50
Multa por atraso-NF 003276268 + 10/03/18			0,78
Juros por atraso-NF 003276268 + 10/03/18			0,54
Atualização IGPM-NF 003276268 + 10/03/18			0,34
TOTAL DA FATURA			47,35

INFORMAÇOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIB	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
36,87	18,00	6,63	36,87	1,22	0,44	36,87	5,64	2,07

Comunicar-se a não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

VENDEDOR	DATA	VALOR
170418	09/05/18	44,33

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, assim como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de resgate de crédito do SPC e Serasa, com notificação fiscal. Esta comprovação não substitui o ato de débito, constituto legal, como não abre débito em discussão judicial que podem ser cobrados após o fato do processo.

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo em 20 kWh	0,95455217
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,24449372
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,50896550
R\$ %	
Geração de Energia	13,49 35,77
Transmissão	1,96 2,10
Distribuição (Consumo)	5,81 24,87
Encargos Sistólicos	1,36 2,63
Italiações	8,14 24,76
TOTAL:	26,87 100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %
13,49 35,77
1,96 2,10
5,81 24,87
1,36 2,63
8,14 24,76
TOTAL: 26,87 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇOES

Descrição	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2018					
UN/No. de horas sem Energia	MOSSORÓ 1	0,00	4,96	8,92	59,62
RE/No. de vezes sem Energia		0,00	5,23	8,47	52,16
DÍC/Desconto máximo de Interrupção contínua		0,00	2,77	4,00	26,00
DÍC/Desconto de Interrupção de Círculo				Límite BCR: 12,22	
EU/Valor de Encargo de Neg. R\$ 12,00					
Total de encargos de negociação das interrupções (HC, RE, DÍC e DÍC de círculo)					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
REFERIDO AO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº PMS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO	WHR
190616180671949	CAT	10/04/2018	761,00	09/05/2018	872,00	29	1.0000	0,60

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2018

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TALÃO DE PAGAMENTO			
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será validado em leitora ótica.			
838000000009 473500384070 006170794201 009713709530			



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 10013 /2018
Admissão: 22/04/2018 13:01:34

ok

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 9 m 19 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 03/07/1966 Natural: MOSSORO.BRASIL CPF: 07350990499 Prof:
CNS: CNS: Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO
Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA
Logradouro: ROSA PRATA, 38 Bairro: DOM JAIME CAMARA Cidade: MOSSORO
CEP: 59628644 Compl:
Telefone: 84.98532229 84.98532229

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Local: FAMÍLIA

Origin: FAMILIA

Tipo: NÃO REGULADO

Empresa:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

HISTÓRIA DO PACIENTE: VITIMA DE Queda de Moto. DOR EM OMBRO DIREITO.

Queixas: SEC

Wieder fer MSJ,
vor Gruppe d. Party
Wegen einer Alley-Calle
verl. Bei Gruppe
MS-Party
wieder freuen
Folgen MSJ

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA | HORARIO | ASSINT.

PRESCRIÇÃO:		VIA	VIS
<p>① Octihexen 5% 50g CORTICO AXÉS 10% Dr. Gómez 650g</p> <p><i>CRM 3171 DR. GÓMEZ DR. GÓMEZ CONSULTOR DR. GÓMEZ CONSULTOR</i></p>			
<p><i>LARUANA SEGUR</i> <i>19 SET 2018</i></p>			
<p>HOSPITAL REGIONAL TARCISI JÚNIOR ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 15/05/2018 RIA SAME/ARQUIVO</p>			

*Saída: Alta por decisão médica; Internação; Enc.outroServiço; Evasão
Data: / / Hr: Ass. Médico: _____

Fonte: SIAPE FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 22 de Abril de 2018.

PROPOSTA

LUXO DO OUTRO

AS P/CC

Diego Areia de Lima
CRM/RN 7106
CRM/PE 2936
TEOT 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/05/2014
SIAE
SAMEARQUIVO





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 13536 /2018
Admissão: 26/05/2018 15:32:05

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 10 m 23 d)

Nascimento: 03/07/1966 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 708400210478965 CPF: 07350990499 Prof: AUTONOMO
Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO
Logradouro: ROSA PRATA, 38 CEP: 59628644 Bairro: DOM JAIME CAMARA Cidade: MOSSORÓ
Telefone: 84.98532229 84.98532229 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: FAMILIA

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS:					Classificação: 26/05/2018 15:25:26 [PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO. DOR EM BRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO

Hora: 15:45

Paciente vítima de acidente automobilístico
Queda de moto), sofre dor em ombro (D).
A: Sem cefaleia, visus normais, pernas
B: Espalmo, RAH, SRA.
C: Sem sinais de sangramento ativo, sintomas de
dor.
D: Glasgow 15
E: Sem sinais de escoriações

ARUANA SEGURADA
19 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 01/06/2018

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
D Sol. cfo Rx ombro AP (Poral)			
D Avaliação da ortopédia			
Mel. omb. Rx			
250,00 reais e 00			
Ar. cint. cint.			

*Saída: - () Decisão médica; () Enc.outroServiço; () Evasão; () Interna: CID _____ Proc. _____
Data: 1/18. Hr: _____ Ass. Médico: _____

*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. impresso em 26 de Maio de 2018.

ANESTESIOLOGIA: 21h30 - 26/06/18 - Submetido a abr. 10g + fentanil 100mcg (Propofol 200mg) pt reduzido de luxação de ombro. D. Até seu 1º dia deente. Sinais n/ tem de dentes de inimicí de de.


Ana
CRM 2725
RN

HOSPITAL REGIONAL
ESTÁ CONFORME
SAME MOSSORÓ
SANEAMENTO
21/06/2018
B1W



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Tony Botelho de Souza N° do Pront.: 16.05.18
Cirurgia: Ressecção parcial da úmida D Data: 16.05.18
Cirurgião: Dr. George Auxiliar: Dr. Diego Instrumentadora:
Anestesiista: Dr. Rano Anestesia: Geral
Início da Cirurgia: 01:30 Término: 01:30

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	
* GASES	
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°	
* LUVAS	<u>13,5 e 8,0</u>
* EQUIPO PARA SORO	<u>02 pacotes de eletro</u>
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	<u>01 unid</u>
* SERINGAS DE 20 ML	<u>01 unid</u>
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGASTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	<u>02 unids</u>
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	
* ABD	
<i>Lâminas de parcial de ondulado</i>	<u>06 pacotes</u>

APARUANA SE/URG
19 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMF MOSSORÓ 01.06.2018
SAMF AMARALVIEIRA



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

ISSO BASTA

R

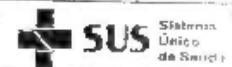
OT.PSIA VENOSU

19 SET 2018

ARUANA SEGURÓ
19 SET 2018



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

UPA TARCISIO DE VASCONCELOS/MAIA

Nome:		Idade:	477239
Cartão SUS:		03/07/1966 (51a 9m)	Masculino
JOAO BATISTA DE SOUSA			
Endereço (Rua/Av):			
BAIRRO:	FRANCISCA GOMES DE LIMA	Nº:	AUTONOMO
RUA MARIA DANTAS DA SILVA	Cidade:	Estado:	Complemento:
BOM JESUS	0 MOSSORÓ/RN	Data:	NAO TEM
Motivo da Procura:	CLINICA MEDICA	Rúbrica Servidor:	22/04/2018 11:01
CPF DO PACIENTE: (07350990499)			
Assinatura do Paciente: ALEX ALVES			
MEDICAMENTO:			
ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		
Acolhimento com classificação de risco: Nível 3			
Queixa: Acidente de Moto			
Antecedentes Alérgicos:			
HAS ()	DM ()	Assinatura:	Classificação:

ANAMNESE: Informe quebra de moto
e permaneço deite no chão D.
No exame - 265, CONSCIENTE E ORIENTADA

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	FC: _____	PA: _____	P.R: _____	Glargos: _____
	SpO2: _____	HGT: _____				

ARUANA/SEGUROS
19 SET 2018

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

- Laboratório
 Radiológico:
 ECG Outros

Hipótese do Diagnóstico:

Conduta: Medicção Observação Caudo para AIH

Saída, Data/Hora: / / às : h. Alta referido para UFG Óbito

Outra Lind. Urgência Especialidade

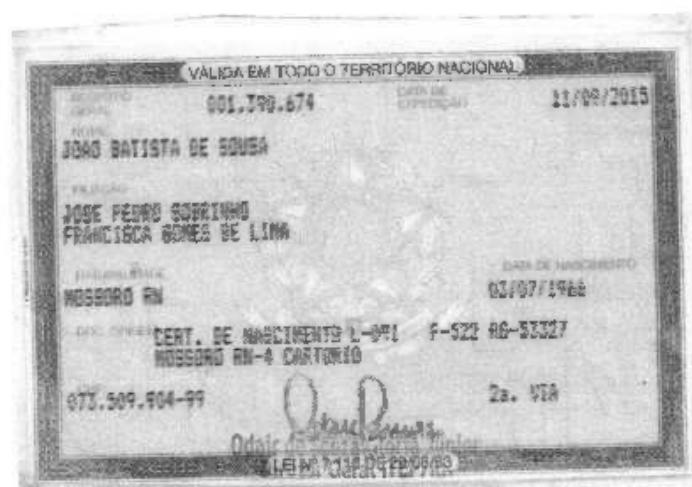
Internação no Hospital:

CID:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

— Dipinona - OI AmP + ABD, IV
— DZEPANON - OI AmP + ABD, IV
⇒ DRENÁGOS + Drenar
- Atualizações da Ondopersistência
NO TJRJ

Dr. Mutar Gassaná
Médico
CRM-RN 5862



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: COD. RENAVAM: R.H.I.R.C.: EXERCÍCIO:
1 01078909013 2018

NAME: JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF / CNPJ: PLACA: 073.509.904-99 QSC4512

PLACA ANT. / UF: CHASSI: QSC4512 / RN LNYXCBLO2E0537889

ESPECIE TIPO: COMBUSTÍVEL:
PASSEIERO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL GASOLINA

MARCA / MODELO: ANO FAB: ANO F.O.D.:
I/SHINRAY XY50Q PHOENIX 2013 2014

CAP / POF / CRL: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE:
0CV/49 CILINDRADAS PARTICULAR: PRETA

I	COTA UNICA:	VENC. COTA UNICA:	VENO / COTAS:
P	R\$ 0,00	06/03/2018	1 ^a ISENTO
V	FAIXA : PVA:	PARCELAMENTO / COTAS:	2 ^a ISENTO
A	030726 3X	R\$ *****	3 ^a ISENTO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): IGF (R\$): PRÉMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: 1P39FMAEA104329

DATA: 06/02/2018

MOSSORÓ/RN 
Síndico de Segurança do Sítio
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PÓR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AN N° 013709194724 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO:
2018 06/02/2018

VIA: CPF / CNPJ: PLACA:
1 073.509.904-99 QSC4512

RENAVAM: MARCA / MODELO:
01078909013 I/SHINRAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB: CAT TARE: Nº CHASSI:
2013 8 LNYXCBLO2E0537889

PRÉMIO TARIFÁRIO:

PNS (R\$): DETRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IGF (R\$): CUSTO DO SEGURO PELO RÉGIME:

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO:
 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

01PV 00.348.500/0001-04

06/02/2018

ARUANA SEGURÓC
19 SET 2018

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343047/18

Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF: 073.509.904-99

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/04/2018

CPF do: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO BATISTA DE SOUSA : 073.509.904-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018
Nome: JOAO BATISTA DE SOUSA
CPF: 073.509.904-99

JOAO BATISTA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho



DECLARAÇÃO

EU João Batista de Souza

portador (a) da cédula de RG de N° 001.390.674 e
CPF 073.509.964-99 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Brasile Econômico Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 048950-5 para pode receber o
beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.



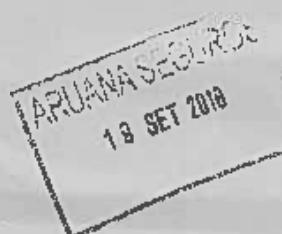
João Batista de Souza 20 de Agosto de 2018

João Batista de Souza

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA



DESTINATARIO: ARUANA SEGUROS S/A
ENDEREÇO: RUA ROMUALDO GALVÃO Nº 2109
SALA 104 1º ANDAR
BAIRRO: LAGOA NOVA
NATAL/RN CEP: 59056-100



ARUANA SECURITIES
19 SET 2018

REMETENTE: JOÃO BATISTA DE SOUSA

ENDEREÇO: RUA DOS LÍRIOS

Nº 38

BAIRRO: SANTA DELMIRA

CIDADE: MOSSORÓ

CEP: 5900-001

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180435707 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

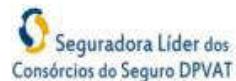
Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343047/18

Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF: 073.509.904-99

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO BATISTA DE SOUSA : 073.509.904-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018
Nome: JOAO BATISTA DE SOUSA
CPF: 073.509.904-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho
CPF: 011.942.284-02

JOAO BATISTA DE SOUSA

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho