PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635422 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNIR ALBINO DE BRITO **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de 2° metatarso direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

Observações:

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635422 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNIR ALBINO DE BRITO **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de 2° metatarso direito submetido a tratamento conservador de imobilização

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **KENNIR ALBINO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3170635422**
Vitima: **KENNIR ALBINO DE BRITO**
Data do Acidente: **08/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170635422.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **KENNIR ALBINO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3170635422**
Vitima: **KENNIR ALBINO DE BRITO**
Data do Acidente: **08/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170635422**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **KENNIR ALBINO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3170635422**
Vitima: **KENNIR ALBINO DE BRITO**
Data do Acidente: **08/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170635422**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **KENNIR ALBINO DE BRITO**

Sinistro: **3170635422**
Vítima: **KENNIR ALBINO DE BRITO**
Data do Acidente: **08/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170635422** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **KENNIR ALBINO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3170635422**
Vitima: **KENNIR ALBINO DE BRITO**
Data do Acidente: **08/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170635422**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/10/2017**. 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 0221204 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
	057.254.484-79	Kennya Albano de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Kennya Albano de Brito	057.254.484-79	Vigilante

Endereço	Número	Complemento
Rua - Cruzeiro Antonio de Maria	50	casa

Bairro	Cidade	Estado	CEP
Barrero	Assu	RN	59650-000

Email	Telefone (DDD)
paulo.maranhao2prof@outlook.com	(84) 98728 3945

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0756		03932	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	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 Líder 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.

Autorizacao de pagamento

Assu, 10 de outubro de 2017
Local e Data

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

X KENNYA ALBANO DE BRITO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

Boletim de ocorrencia

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL I
1ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 416 / 2017

I – DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO	HORA DO FATO	VTR	DESCRIÇÃO (NATUREZA)	CMT	
08/10/2017	17:00	RP	ACIDENTE DE TRÂNSITO	Gois	
ENDEREÇO: RN 016.				HORA INÍCIO	HORA TERMINO

II – DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

ENVOLVIDO 1 — ☐ ACUSADO ☒ VÍTIMA ☐ TESTEMUNHA ☐ _____

NOME	SEXO	IDADE	CPF
KENNYR ALBINO DE BRITO	MAS.	33	057.254.484-79

PAI	MÃE
NÃO DECLARADO	MARIA NAZARÉ ALBINO DE BRITO

IDENTIDADE	O. EXPEDIDOR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	APELIDO	NATURALIDADE
7.573.063	SSP/RN	AUTÔNOMO	CASADO		NATAL/RN

ENDEREÇO: R. CRISPIN ANTÔNIO DE MARIA, 50, CS. 01, BAUERA, ASSÚ/RN.

ENVOLVIDO 2 — ☐ ACUSADO ☐ VÍTIMA ☐ TESTEMUNHA ☐ _____

NOME	SEXO	IDADE	CPF

PAI	MÃE

IDENTIDADE	O. EXPEDIDOR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	APELIDO	NATURALIDADE

ENDEREÇO:

ENVOLVIDO 3 — ☐ ACUSADO ☐ VÍTIMA ☐ TESTEMUNHA ☐ _____

NOME	SEXO	IDADE	CPF

PAI	MÃE

IDENTIDADE	O. EXPEDIDOR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	APELIDO	NATURALIDADE

ENDEREÇO:

III – HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

RETORNAVAMOS DO PA, NOS DEPARAMOS COM A VÍTIMA AO SOLO, APÓS SOFRER UM ACIDENTE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA N MAX, 2016/2017 VERMELHA, PLACA QGN 8923, EM NOME DE TIAGO RAFAEL DE OLIVEIRA, QUE, O MESMO COLIDIU COM UM CACHORRO E SE LESIONOU, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE ASSÚ/RN

3º Ofício de Notas — 3º Ofício de Notas, Travessa Dr. Pedro Amorim, 132, Centro-Assú/RN - (84) 3331-2906 — Núdia Maria de Medeiros Fontes, Tabelã; Watsola Alexandre de M. Fontes, Substituto

AAL-021230

AUTENTICAÇÃO; Certifico que esta é a reprodução fiel do original que me foi apresentado o qual autentico. Dou fé. Assú/RN, 10-novembro-2017

Núdia Maria de Medeiros Fontes
Oficial

Válido somente com selo de autenticidade.

IV – OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS

NÃO ☒ SIM ☐ ESPECIFICAR: _____

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

OS OBJETOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE FORAM ENTREGUES
☐ NA DP ☐ VÍTIMA ☐ AO PROPRIETÁRIO
☐ OUTROS _____

NOME E ASSINATURA DO RECEBEDOR
NOME _____
ASSINATURA _____ DATA ___/___/___

DATA DO REGISTRO DESTE BOLETIM	NOME E NÚMERO LEGÍVEL DO POLICIAL MILITAR	ASSINATURA COM MATRÍCULA
08/10/2017	MAHER CHAMAL C.B. GOIS ALMEIDA 06/25	MAT. 195.225-8

V – DESFECHO DA OCORRÊNCIA

☐ FLAGRANTE DELITO ☐ CONFECÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL ☐ OUTROS, ESPECIFICAR _____
☐ TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA ☐ ENCAMINHAMENTO AO CONSELHO TUTELAR
☒ CONFECÇÃO APENAS DESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA ☐ RESOLVIDO NO LOCAL

VI – CAMPO EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DA POLÍCIA CIVIL EM CASOS NECESSÁRIOS

NOME DO AGENTE, ESCRIVÃO OU DELEGADO DE PLANTÃO RECEBEDOR _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____
DATA ___/___/___ OBSERVAÇÕES _____

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaracao de Inexistencia de IML

Eu KENNYR ALBINO DE BRITO, portador da carteira de identidade nº 001.973.063 SSP/RN, e inscrito no CPF/MF sob o n 057.254.484-79, residente e domiciliado na Rua CRISPIMANTONIO DE MARIA n:50 , Bairro, BAVIERA, CEP;59650-000, Cidade: ASSU Estado: RN, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X KENNYR ALBINO DE BRITO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ASSU ,RN 10 DE OUTUBRO DE 2017

Local e data

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu [illegible] ALBUQUERQUE BRITO portador da carteira de identidade nº [illegible] SSP/RN e inscrito no CPF sob nº [illegible] 72, residente e domiciliado na Rua [illegible] MANGUEIRA [illegible] declaro, sob pena de responsabilidade [illegible] CPC, que [illegible] lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal [illegible] IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74) [illegible] que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município [illegible]

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 acidente automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento na 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 extensão 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 falta [illegible] não significa perda da concordância com a futura avaliação e pela renúncia ao direito de impugnação, caso discorde do seu [illegible]

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ASSU/RN, 14 DE OUTUBRO DE 2017

Local e data

ARUANA SEGUROS
7 9 NOV 2017

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

Ato declaratório

REGISTRO N° 2.617.177

SUS. 706. 7025. 5081. 1019

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: KENNYR ALBINO DE BRITO D. N. 17/05/89 Idade:
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: SITIO LINDA FLOR Bairro:
Cidade: ASSU U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 08/10/17 Hora: 22:45 A.C.C.R.:

VERDE

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Comunica pós (2) pós acom no
mot
acompanhante dos
bisma (1/2/14)

Rx pós (D) ap tobl. fr diafs (D)

Comprovacao de ato declaratorio

2 - EXAME FÍSICO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

1 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

fr ds mtt D

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

4 - CONDUTA MÉDICA Data: / / Hora: :

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	(O tem suspensa)			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

(A DMTT)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

(✓) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (Descrever)

Observações:

DR. Ellson Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4631
TEOT - 14669

Data: / / Hora: :

Identificação Médica

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

cosern neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
NIALI VERONICA BARBALHO DE BRITO

CPF 085.352 774-88

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CRISPIM ANTONIO DE MARIA 50
CS-1

BAVIERA/AREA RURAL
ASSU RN
59650-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7003693249	04/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
19/04/2017	12/05/2017
TOTAL A PAGAR (R$)	
86,38	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000489324	ÚNICA	11/04/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/04/2017	3010329312	2225977

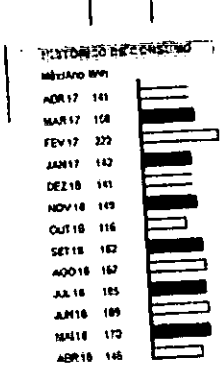
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	141,0000000	0,45893111	88,85
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,05
Contribuição Iluminação Pública			7,98
Multa por atraso-NF 000535475 - 09/02/17			2,39
Multa por atraso-NF 000519199 - 13/03/17			1,71
Juros por atraso-NF 000535475 - 09/02/17			0,87
Juros por atraso-NF 000519199 - 13/03/17			0,51

TOTAL DA FATURA 86,38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20111129	CAT	13/03/2017	9.221,00	11/04/2017	9.362,00	29	1,00000		141,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	72,94	18,00	13,13
PIS	72,94	0,65	0,47
COFINS	72,94	3,36	2,45

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	25,52	34,97%
Transmissão	R$	1,42	1,95%
Distribuição (Cosern)	R$	17,12	23,47%
Perdas de Energia	R$	4,20	5,75%
Encargos Setoriais	R$	8,64	11,85%
Tributos	R$	16,04	21,99%
Total	R$	73,04	100%

TEXTO PARA APLICAÇÃO

Consumo Ativo(kWh) 0,37675258

RECIBO DO CLIENTE

AD4B D8F5 BF2F 3260 FB40 B05E BE84 7B15

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R$ 0,06755 kWh, e encargos setoriais e de contingência permanecem a bandeira do Encargo de Energia de Reserva de Uso Amarelo R$ 1,99/CO2 (kWh). Preço permanecerá válido até a data de leitura e deverá ser pago até a Vencimento. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é comprometido quando há redução no consumo de energia em relação ao nível de tensão do fornecimento. Pagamento em atraso gera Multa 2% e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O Cliente é comprometido quando há descumprimento do prazo definido para os serviços de atendimento comercial.

Não existem débitos de 2015 e anos anteriores. Esta nota fiscal não substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das notas emitidas anteriormente. Art. 4º, Lei 12.007/09. Esta nota fiscal não substitui débitos de pré-parcelamento/parcelamento de dívidas não naturais em discussão judicial que ensejam nota emitida após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ESTREITO	10/2017			
DIC	6,18	11,24	22,61	45,22
FIC	3,00	7,87	15,94	31,88
DMIC	1,40	6,18	0,00	0,00

Limite DICRI 18,80 EUSD - Valor no Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 26,32

NÍVEIS DE TENSÃO

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

Comprovante de residencia

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

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

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

cosern
Grupo Neoenergia

www.cosern.com.br

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 084 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

DADOS DO CLIENTE
JOSE BEZERRA DA SILVA
CPF: 393.487.684-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV LINDA FLOR 537 CS-01
NOVO HORIZONTE/AREA URBANA
59850-000 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO
26/10/2017

TOTAL A PAGAR (R$)
20,99

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
19/10/2017
DATA DA APRESENTAÇÃO
19/10/2017
NÚMERO DA NOTA FISCAL
000943171
Série: U

CONTA CONTRATO
007009506750
Nº DO CLIENTE
3010883055
Nº DA INSTALAÇÃO
0002229392

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
4957.E41A.CAF2.77AA.F150.D239.64AB.F40A

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,44586666	13,37
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,23
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,67
Multa por atraso-NF 000908344 - 19/07/17			1,05
Multa por atraso-NF 000925157 - 19/06/17			0,51
Multa por atraso-NF 000930624 - 18/08/17			1,42
Juros por atraso-NF 000908344 - 19/07/17			1,25
Juros por atraso-NF 000930624 - 18/08/17			0,97
Juros por atraso-NF 000925157 - 19/06/17			0,86
Atualização IGPM-NF 000908344 - 19/07/17			0,27
Atualização IGPM-NF 000930624 - 18/08/17			0,39
TOTAL DA FATURA			20,99

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencto	Dt Reav	Valor
26/09/17	19/10/17	56,21

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh) 0,41800000

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
OUT	17	30
SET	17	86
AGO	17	122
JUL	17	80
JUN	17	55
MAI	17	110
ABR	17	98
MAR	17	82
FEV	17	136
JAN	17	143
DEZ	16	142
NOV	16	143
OUT	16	139

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	14,27	1,11	0,15	14,27	5,14	0,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002120510617	CAT	19/09/2017	2.894,00	19/10/2017	2.919,00	30	1,00000	0,00	25,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/11/2017

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		ago/2017			
DIC-No.de horas sem Energia	AÇU	0,00	5,43	10,88	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 5,85

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
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.

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
007009506750	10/2017	20,99	26/10/2017

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

838800000003 209900384073

Comprovante de residencia

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Declaracao Circular SUSEP 445/12

LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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[1] 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 COAF[2]**.

[1] 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Eduardo Nogueira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.368.474 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kennya Albano de Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.254.484 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura em Valeder da Vítima Kennya Albano de Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.254.484 / 79, 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		Número	Complemento
Travessa Linda Flor		537	Casa
Bairro: Novo Horizonte	Cidade: Assu	Estado: RN	CEP: 59650-000
Email: Paulo.moreno.2prol@outlook.com	Telefone comercial(DDD): (84) 999538106	Telefone celular (DDD): (84) 987283945	

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

Assu, 10 de outubro de 2017
Local e Data

Luiz Eduardo Nogueira 02 50052
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

Declaracao do proprietario do veici

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tiago Rafael de Oliveira,
RG nº 002.995.440 data de expedição 18/02/2014
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 111.750.354-22, com domicílio na cidade de Assú, no Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Crispim Antonio De Maria, nº 50, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Kennyn Albino De Brito cujo o condutor era Kennyn Albino De Brito.

Veículo: Moto
Modelo: Yamaha/NMAX
Ano: 2016/2017
Placa: QGN 8973
Chassi: 9C6SG33JOH0000218
Data do Acidente: 08.10.2017
Local e Data: Assú, RN 10 De Outubro De 2017.

3º OFÍCIO

x Tiago Rafael de Oliveira
Assinatura do Declarante

3º OFÍCIO

x KENNYN ALBINO DE BRITO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por autenticidade(s) a(s) Firma(s) de KENNYN ALBINO DE BRITO dou fé 10/10/2017 Assú Em Test° da Verdade
Dra. Nidia Maria de Medeiros Fontes Tabelia
ANDREÓ/RN TJRN Selo de Autenticidade FIRMA AD-060586

Reconheço por autenticidade(s) a(s) Firma(s) de TIAGO RAFAEL DE OLIVEIRA 10/10/2017 Assú Em Test° da Verdade
Dra. Nidia Maria de Medeiros Fontes Tabelia
ANDREÓ/RN TJRN Selo de Autenticidade FIRMA AD-060587

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N° 2.617.177

SUS. 206. 7025. 5081.1019

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: KENNYR ALBINO DE BRITO D. N. 17/05/89 Idade:
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: SITIO LINDA FLOR Bairro:
Cidade: ASSU U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 08/10/17 Hora: 22:45 A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Comunicado (D) pós quedas de moto
apresenta dor
abdome (+2/+4)

Rx pés (D) sem fratura. Fr II MTT (D)

Documentacao medico - hospitala

2 - EXAME FÍSICO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fr II MTT D

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

4 - CONDUTA MÉDICA Data: / / Hora: :

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	(1) fora suspensa (1)			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

fr DMTT D

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

(✓) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (Descrever)

Observações:

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14599

Data: / / Hora: :

Identificação Médica

BF Linda flor

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

SUS Sis Uni de

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: Atendimento Nº: 147

Nome: Kennyn Albino de Brito | Idade: 33 anos | Sexo:

Cartão SUS: | Nome da Mãe: Mª Nazaré Albino de Brito | Profissão: Vigilante

Endereço (Rua/Av.): St Linda flor | Nº: — | Complemento

Bairro: 2. rural | Cidade: Assu | Estado: RN | Telefone:

Clínica: | Data: 09.10.2017 | Hora: 18.

Motivo da Procura: | Rubrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: ( )Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( )Acidente de T

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa: Entorse do [illegible]

Antecedentes Alérgicos: NRM

HAS (N) DM: (N) | Assinatura: [illegible] | Classificação:

Marilene Andrade de Lima
ENFERMEIRA
COREN-RN 194.181

ANAMNESE:

Pacte [illegible]

EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: 140x100 F.R.: _____ Glasgow: ___

SpO2: _____ HGT: _____

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico: [illegible] | CID:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH | Médico: (Carimbo e Assinat

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

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

Rx13

[illegible]

(1) Copia 25 - cópias

(2) Vista 25 - cópias

19:34

Zenildo Batista de Souza
CPF: 507.261.814-91
CRM/PA 1462 Anestesio

PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Kennya Alba de Brito SEXO: F IDADE: 33a

ENDEREÇO: Sítio Lagoa Flor – Assú-RN

PROFISSÃO: Vigilante ENTRADA AS: 19:41 DATA: 28 / 10 / 17

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de moto, a colisão moto-moto c/ trauma de P.E D, c/ dor, edema e hematoma.

ESTADO GERAL: Edema e hematoma do P.E D. P.E e P.D – c/ pulso do 2º metatarsico D

GGB

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura do 2º metatarsico D

PROCEDIMENTO:

V HRTM – normo PN, P/ o ortopedista de plantão

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

Zenildo Batista de Sousa
CPF: 159.726.914-91
CRM/RN 1462 – Médico

Assinatura do médico, carimbo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017

SAME/ARQUIVO

Documentacao medico – hospital

Serviços Médicos

AME

Clínica Oitava Rosado

Interclínica Modelo

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE,KENNIR ALBINO DE BRITO, 33 ANOS,VIGILANTE,É ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO INCRUENTO DE FRATURA DO SEGUNDO METATARSO DO PÉ DIREITO,NA QUAL O MESMO ENCONTRA-SE COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL PARA DEAMBULAÇÃO,SENDO ASSIM,NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS DE ACORDO COM EXAME PERICIAL DOS PERITOS DO INSS.

OBS=INCAPACIDADE LABORATIVA PARCIAL E TEMPORÁRIA.

OBS=FAZENDO USO DE BOTA GESSADA E MULETAS.

CID=T93.3 +R26.

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

DATA:13/10/17

Wilson Edino Jales
ORTOPEDIA 4683
CNPJ 13.491.[illegible]/0001-70

WILSON EDINO DE FREITAS JALES

CRM-4683

Documentacao medico – hospitalar

Serviços Medicos

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales

ANS

Clínica Oitava Rosado

Interclínica Modelo

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE,KENNER ALBINO DE BRITO, 33 ANOS,VIGILANTE,É ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO INCRUENTO DE FRATURA DO SEGUNDO METATARSO DO PÉ DIREITO,NA QUAL O MESMO ENCONTRA-SE COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL PARA DEAMBULAÇÃO SENDO ASSIM,NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS DE ACORDO COM EXAME PERICIAL DOS PERITOS DO INSS.

OBS=INCAPACIDADE LABORATIVA PARCIAL E TEMPORARIA.

OBS=FAZENDO USO DE BOTA GESSADA E MULETAS.

CID=T93.3 +R26.

DATA:13/10/17

Wilson Edino Jales
CRTOPED 4683
CNPJ 17.481.702/0001-70

WILSON EDINO DE FREITAS JALES

CRM-4683

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2018

BF Linda flor

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

SUS Sis Uni de

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: Atendimento Nº: 147

Nome: Kennyn Albino de Brito | Idade: 33 anos | Sexo:

Cartão SUS: | Nome da Mãe: Mª Nazaré Albino de Brito | Profissão: Vigilante

Endereço (Rua/Av.): St Linda flor | Nº: — | Complemento:

Bairro: 2. rural | Cidade: Assu | Estado: RN | Telefone:

Clínica: | Data: 07.10.2017 | Hora: 17.

Motivo da Procura: | Rubrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: ( )Emergência ( ) Urgência ( )Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( )Acidente de T

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( ) DM: (N) | Assinatura: | Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: 14x10 F.R.: _____ Glasgow: ___

SpO2: _____ HGT: _____

ARLIANA SEGUROS 07 MAR 2019

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG | ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico: | CID:

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

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

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinat

① Cipher 95 - exp 00

② Vace 31 - ch 10

19:3

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Karnya Alba de Brito SEXO: F IDADE: 33a

ENDEREÇO: Sítio Lirão Flor - Assu-RN

PROFISSÃO: Vigilante ENTRADA AS: 19:41 DATA: 08/10/17

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de moto, a cabeça moto-moto com trauma de face D, com dor, edema e hematoma de membros de MI D. Pé e perna com hematoma do 3º metatarsico D

ESTADO GERAL: GCB

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura do 3º metatarsico D

PROCEDIMENTO:

V HRTM - Promo PN, P/ o ortopedista de plantão

Zenildo Batista de Sousa
CPF: 159.728.914-91
CRM/RN 1462
Medico

Assinatura do médico, carimbo

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N° 2.617.177

SUS. 706. 7025. 5281.1919

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: KERRYR ALBINO DE BRITO D. N. 17/05/89 Idade:
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: SITIO LINDA FLOR Bairro:
Cidade: ASSU U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 08/10/17 Hora: 22:45 A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Comunicado por (2) pós evolução de motos
apresenta dor
abdominal (+2/+4)
Rx pós (2) ab. tabl. p/ ITMT (A)

2 - EXAME FÍSICO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fr p/ MTT (1)

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2018

4 - CONDUTA MÉDICA. Data: / / Hora: :

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Tem suspensão ②			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 31/10/2017
SAME/ARQUIVO

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

Fa DMTT ②

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

(✓) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (Descrever)

Observações:

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2018

DR. Bilson Queiroz
CRM-RN 4551
Ortopedia e Traumatologia
Tel: 9 - 14869

Data: / / Hora: :

Identificação Médica

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.873.053 — DATA DE EXPEDIÇÃO 09/09/2006

KENNYR ALBINO DE BRITO

MARIA NAZARE ALBINO DE BRITO

NATAL - RN — DATA DE NASCIMENTO 17/05/19[illegible]

DOC ORIGEM: CERT. DE CASAMENTO L-205 F-183 NO-1207 ASSU RN-2 CARTORIO

CPF 057.254.484-79

2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

KENNYR ALBINO DE BRITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Luiz Eduardo Nogueira de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.872.087 05/07/2006

LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA

CARLOS ALBERTO DE SOUSA
OZIMAR LIBANIO NOGUEIRA

ASSU RN 02/06/1994
CERT. DE NASCIMENTO L-34 F-185 RG-14061
IPANGUAÇU RN-UNICO CARTORIO

1a. VIA ASSINATURA DO DIRETOR AG 01102-9

LEI Nº 116 DE 29/06/83 0035759-3

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

LUIZ EDUARDO NOGUEIRA DE SOUSA
FILIAÇÃO: CARLOS ALBERTO DE SOUSA
OZIMAR LIBANIO NOGUEIRA
NASCIMENTO: 02/06/1994 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: AÇU - RN
DOCUMENTO: C. I. 002872087 05/07/2006 SSPDS RN
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 702.368.474-30 CNH:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/RN - 21/05/2012

Documentos de identificacao

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

163.99961.96-4

9997656 0030 RN

Luiz Eduardo Nogueira de Sousa

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10492 // 00035 Nº 013250912653

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01088316023	**********	2017

NOME: TIAGO RAFAEL DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ	PLACA
111.750.354-24	QGN8973

PLACA ANT / UF	CHASSI
QGN8973/RN	9C68G3310H0000218

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVEL	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/NMAX	2016	2017

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/155 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
R$ 0.00	10/04/2017	1ª PAGO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª PAGO
040800 3X	R$ ******	3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		DPVAT	PAGO

OBSERVAÇÕES:
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 10.371.492/0001-85
BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A
MOTOR: G3G1E-000197

ASSU/RN	DATA
	10/04/2017

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPEDIDOR

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013250912653 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	10/04/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	111.750.354-24	QGN8973

RENAVAM	MARCA / MODELO
01088316023	YAMAHA/NMAX

ANO FAB.	CAT.TARIF.	Nº CHASSI
2016	9	9C68G3310H0000218

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JAN / 2017

DUT

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3170635422***

Nome do(a) Examinado(a): ***KENNIR ALBINO DE BRITO***

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA CRISPIM ANTONIO DE MARIA, 50, CS-01 - BAVIERA - Açu - RN - CEP 59650000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ITEP /RN***] ***1973063***

Data e local do acidente: [***08/10/2017***] ***RN 016 - Assú - Carnaubais - RN.***

Data e local do exame: [***21/03/2018***] ***Mossoró*** [***RN***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura fechada do 2º metatarso do pé direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento com bota gessada por 3 meses e realizou a fisioterapia motora.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico a vítima acusa dor ao pisar com o 4º dedo pé direito, sem dor a palpação no 2º metatarso e sem limitações funcionais. Sem sequelas permanentes indenizáveis.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ] Sim [***X***] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

Outros

Declaração

EU, KENNYR ALBINO DE BRITO, Portador do RG: 001.973.063 SSP/RN, inscrito no CPF:057.254.484-79,Residente e domiciliado na Rua: CRISPIM ANTONIO DE MARIA,n° 50, Bairro: BAVIERA, na cidade de : ASSU,

Estado RN, Declaro que fui até o banco e minha conta bancaria – banco Caixa Econômica Federal, agencia :0756 OP: 013 Conta:00003932-5

da titularidade de KENNYR ALBINO DE BRITO, encontra-se ATIVA e REGULAR para qualquer tipo de operação financeira, conforme extrato bancário em anexo.

Declaro ser verdade todo o exposto acima.

ASSU,RN 10 de OUTUBRO de 2017.

KENNYR ALBINO DE BRITO

Assinatura do titular da conta bancaria.

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

Declaração

EU, KENNYR ALBINO DE BRITO, Portador do RG: 001.973 0ds SSP/RN, inscrito no CPF:057.254.434-79,Residente e domiciliado na Rua: CR SPIAI ANTONIO DE MARIA,nº 50, Bairro: BAVIERA, na cidade de : ASSU, Estado RN, Declaro que fui até o banco e minha conta bancaria – banco Caixa Econômica federal, agencia . _____ OP. _____ Conta:_____, da titularidade de KENNYR ALBINO DE BRITO, encontra-se ATIVA e REGULAR para qualquer tipo de operação financeira, conforme extrato bancario em anexo.

Declaro ser verdade todo o exposto acima.

ASSU,RN 10 de OUTUBRO de 2017.

_____

Assinatura do titular da conta bancaria.

ARUANA SE...
23 NOV 2017

Seguradora Líder · DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS · INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Kennyr Alberto de Brito

DATA DO ACIDENTE 08.10.2017 CPF DA VÍTIMA 057.254.484-79

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luiz Eduardo Nogueira de Souza

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador

ENDEREÇO DO PORTADOR TV Senador Filho

Nº 537 COMPLEMENTO casa BAIRRO Novo Horizonte

CIDADE Assu UF RN CEP 59650-000

E-MAIL Paulo.maranhao.2pvat@outlook.com TELEFONE (84) 98728 3945

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

ARUANA SEGUROS
29 NOV 2017

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29 / 11 / 2017

IDENTIDADE 2872.087

ASSINATURA Luiz Eduardo Nogueira de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 / 11 / 2017

NOME Priscila Florencio

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635422 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNIR ALBINO DE BRITO **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de 2° metatarso direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

Observações:

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635422 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNIR ALBINO DE BRITO **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada do 2º metatarso do pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico a vítima acusa dor ao pisar com o 4º dedo pé direito, sem dor a palpação no 2º metatarso e sem limitações funcionais. Sem sequelas permanentes indenizáveis.

Resultados terapêuticos: Tratamento com bota gessada por 3 meses e realizou a fisioterapia motora.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 21/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luis Fernando Centi Nascimento

CRM do médico: 4863

UF do CRM do médico: RN

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuracao

PROCURAÇÃO

ORTOGANTE: Kennyn Albino De Brito, BRASILEIRO,(a) Estado civil: Casado, profissão: Vigilante, CI RG n°: 001.973.063 CPF/MF N°: 057.754.484-79 residente e domiciliado (a) á rua: Frupim Antonio De Maria Nº 50 na cidade de: Assú, ESTADO: RN, CEP: 59650-000. TELEFONE (84) 99879-0903/98856-4373/99953-8106

OUTORGADO: Luiz Eduardo Nogueira De Sousa CPF sob o n° 702.368.474-30 e RG sob o n° 2.872.087 Com endereço citado á RUA, TV Linda Flor, N° 537 BAIRRO, Novo Horizonte na cidade de ASSU, CEP: 59650-000. Estado do RIO GRANDE DO NORTE

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: enviar Documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone Ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro ,ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referente ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

IPÚ/RN, 10/10/2017

3º OFÍCIO

x KENNYN ALBINO DE BRITO
OUTORGANTE

Reconheço por autenticidade(s) a(s) Firma(s) de KENNYN ALBINO DE BRITO dou fé 10/10/17
Em Test° da verdade
Dra. Núdia Maria de Medeiros Freitas

ARUANA S: OS
29 NOV 2017