



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2016

Carta nº: 8843940

A/C: DAMIANA PEREIRA

Sinistro: 3160192504
Vitima: DAMIANA PEREIRA
Data Acidente: 11/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2016

Carta nº: 8843941

A/C: DAMIANA PEREIRA

Sinistro: 3160192504
Vitima: DAMIANA PEREIRA
Data Acidente: 11/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2016

Carta nº: 9387869

A/C: DAMIANA PEREIRA

Sinistro: 3160192504 ASL-0125027/16
Vitima: DAMIANA PEREIRA
Data Acidente: 11/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Damiana Pereira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 003.074.753 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 24/02/2015 E
 CPF 8.526.515.24-0 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Func. Pública
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Damiana Pereira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

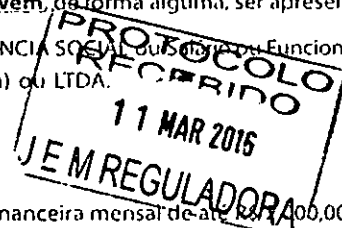
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras constituam cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização e forneçam informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T1%



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Seguro ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 400,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0401-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 32213-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picuí-PR 20 de Fevereiro de 2016
 LOCAL E DATA

Damiana Pereira de Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

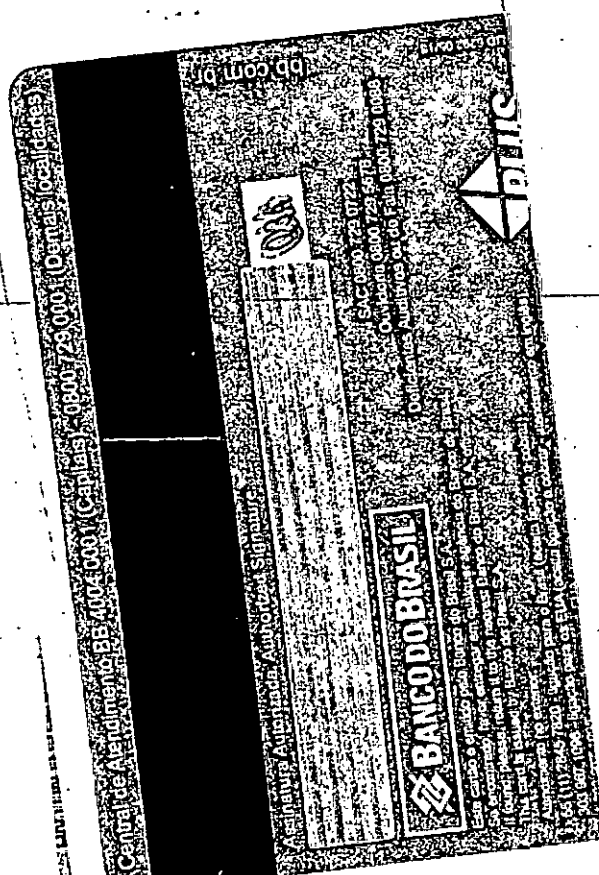


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente, na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Deu para



PROTOCOLO
RECIBIDO
11 MAR 2015
JEM REGULADORA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Damiana Pereira, portador da carteira de identidade nº 005.074.753 e inscrito no CPF/MF sob o nº 852.057.524-04, residente e domiciliado na Rua João Fernandes da Silva, Cidade Jacaré, Estado RJ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há 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.

DOCUMENTO 3 *T3%



Damiana Pereira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Picuí - PB, 20 de Fevereiro de 2016

Local e data

ATO DECLARATÓRIO

DOCUMENTO 2 *T2%*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Manoel Fortunato de Medeiros, 165 Centro CEP 59.225-000 Telefone 3295-2534
CNPJ 08.188.800/0001-47

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: Prontuário: 1233

CARTÃO SUS 205 1001 498 218 356

NOME: Dominiana Pereira da Silva

Data de Nasc.: 26/05/1966 Sexo: F Profissão: Func. Pública

Naturalidade: Barcelos Ozequiel RN Estado Civil: Casada

RG nº: 1.074.753 Órgão Emissor: ICEP Data da Emissão: 10/07/1987

Certidão - Termo: Folha: Livro: Emissão: 1/1

Filiação: Pai: Autônio Pereira de Araújo

Mãe: Helena Maria da Conceição

Endereço: Rua José Fernandes da Silva nº88

Bairro: Centro CEP: 59.225-000

Cidade: Jacana-RN CNS: 150.700.000

Data da entrada: 11/03/13 Hora: 14:00hs

Condições do Paciente ao ser Atendido

() aparentemente Bem () Regular () C/ dispnéia () Chocado () Hemorragia
() em convulsão () agitado Pressão Arterial: 180 x 100 Temperatura: 37 °C

História: Paciente admissão com

lesão lesão na órbita esquerda
com perda do visão

Conduta: Tratamento de emergência

de modo autônomo

Enfermagem p/ Análise de
otolaringologia

SITUAÇÃO DA SAÍDA DO PACIENTE

() Alta () Transferido () Óbito Data: 11/03/13 Hora: 1

Destino do/a paciente: Dominiana Pereira da Silva

Assinatura do/a paciente ou Responsável

Médico / CRM

Cícero E. N. Carvalho
Médico
CRM-PB 6916
CRM-RN 5944

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DOCUMENTO 2 *T2%*



Eu, Damiana Pereira

RG nº 003.074.753, data de expedição 24/02/2015 Órgão SSP/RN, CPF nº 852.057.524-04, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua João Fernandes da Silva</u>
Número	<u>88</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>João</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>53.205.006</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 98844.0359</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 20 de fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante:

Damiana Pereira da Silva





Nota Fiscal de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Ilhota, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.321.110/0001-91 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
DAMIANA PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FERNANDES DA SILVA 88

CPF: 852.057.534-04

CENTRO/ÁREA URBANA
JACANA RN
59225-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 0306205013 MÊS/ANO 08/2015

DATA DE VENCIMENTO 11/09/2015 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 10/09/2015

Nº DA NOTA FISCAL 000409853

SÉRIE ÚNICA

EMISSÃO 11/08/2015

APRESENTAÇÃO 11/08/2015

Nº DO CLIENTE 3000138605

Nº DA INSTALAÇÃO 309804

TOTAL A PAGAR (R\$) 41,94

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	64,0000000	31,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA		4,55
Contribuição Iluminação Pública		4,13
Multa por atraso-NF 000391754 - 10/08/15		0,70
Multa por atraso-NF 000480182 - 11/05/15		0,88
Juros por atraso-NF 000391754 - 10/08/15		0,27
Juros por atraso-NF 000480182 - 11/05/15		0,37
Pagamento Interrupção Energia		-0,02

PROTOCOLADO
RECEBIDO
11 MAR 2015
JEM REGULADORA

TOTAL DA FATURA

41,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
A90565	CAT	10/07/2015	20 137,00	11/08/2015	20 201,00	32	1,00000		64,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh
AGO 15 64
SET 15 64
OUT 15 62
NOV 15 73
DEZ 15 86
JAN 16 80
FEB 16 74
MAR 16 77
ABR 16 79
MAY 16 83
JUN 16 79
JUL 16 81
AGO 16 70

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	17,00
PIS	35,00	0,97
COFINS	35,00	4,78

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$
de Energia	16,67
o de	0,72
ção (Cosern)	8,83
Sotóricas	1,37
	8,10
	35,69

Consumo Ativo (kWh)

0,37690000

TARIFAS APLICADAS

RESERVADO AO FISCO

5E18 5B1E 4DA3 2789 B1B8 F832 6A38 7E7B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/atura deve ser feito somente em dinheiro ou depósito em nome da Companhia Energética do Rio Grande do Norte e a Vermelha. Não informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em atraso gera multa de 0,1% (zero e um décimo por cento) sobre o valor devido a partir da data de vencimento (11/09/2015) e juros de 1% ao mês (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há redução de consumo em relação ao período anterior de fornecimento. O cliente é compensado quando há descumprimento da prestação de serviço em relação ao período anterior de fornecimento.

000295

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Joca Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

01742179.9

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

ENDEREÇO

RUA ROLDÃO Z DE MACEDO, 145

BAIRRO

JK

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

CIDADE

PICUI

CEP

58187-000

INSCRIÇÃO 028.001.0020.0304.

SIN

PERIÓDICO

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

17421799

LIGADA

POTENCIAL

1

LEITURA ATUAL

LEITURA ANTERIOR

CONSUMO DO MÊS (m³)

DATA DA LEITURA

DIAS DE CONSUMO

CONDIÇÃO DA LEITURA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO

ANORMALIDADE DA LEITURA

ANORMALIDADE DE CONSUMO

DATA DA PRÓXIMA LEITURA

361

351

10

24/11/2015

24

REALIZADA

REAL

30/12/2015

VALORES

PARÂMETRO

VALOR MÓDIO

PORTAL 0604

VALOR DETECTADO

MANTENDO DA

PM

5,0 UT

COP

6,0 e 8,5

CLOPE

110,0 kg

VALOR TOTAL

(*)

O valor que representa 40 em mais amostras por

amostra em 15% das amostras examinadas

Dados Referentes a

JUN 17

JUL 14

AGO 8

SET 11

OUT 11

NOV 8

MÉDIA 12

Número

ACBAG-7721

Data Instalação

28/07/2013

Marca

ASI

Localização

EXTERNO

Capacidade

3 MSH

VALOR

VALOR TOTAL 26,93

VALOR DO ÁGUA

26,93

TOTAL A PAGAR:

26,93

Dez/2015

30/12/2015

PARA SUA COMODIDADE PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO

*** Conta em Débito Automático a ser debitada no dia do vencimento

Banco BANCO DO BRASIL S A

Agência 2441

P-295

Dez/2015

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

01742179.9

INSCRIÇÃO

028.001.0020.0304.

TOTAL A PAGAR

26,93

30/12/2015

DOCUMENTO 1 "11%"



PROTOCOLO
RECEBIDO
11 MAR 2016
JEM REGULADORA

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

1 Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

2 Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**
2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na
qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

Damiana Pereira
do sinistro de DPVAT da natureza Imobiliária,
da vítima Damiana Pereira

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825-2ª via SSP/PB – CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DOCUMENTO 4 *T4%*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Manoel Fortunato de Medeiros, 165 Centro CEP 59.225-000 Telefone 3295-2534

CNPJ 08.158.800/0001-47

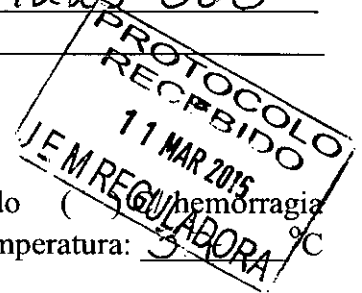
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA: Prontuário: 1233

CARTÃO SUS 705 001 498 218 356

NOME: Damiana Pereira da Silva
Data de Nasc.: 26/05/1966 Sexo: F Profissão: Func. Pública
Naturalidade: Barcelos - RN Estado Civil: Casada
RG nº: 1.074.753 Órgão Emissor: ITEP Data da Emissão: 10/07/1987
Certidão - Termo: _____ Folha: _____ Livro: _____ Emissão: 1/1
Filiação: Pai: Antônio Pereira de Araújo
Mãe: Helena Maria da Conceição
Endereço: Rua José Fernandes da Silva nº88
Bairro: Centro CEP: 59225-000
Cidade: Jacana - RN CNS: _____
Data da entrada: 11/03/13 Hora: 14:00hs

Condições do Paciente ao ser Atendido

() aparentemente Bem () Regular () C/ dispnéia () Chocado () em convulsão () agitado Pressão Arterial: 180 x 100 Temperatura: 35,5 °C



História: Paciente admitido com
lesão lesa na órbita esquerda
com perda da visão esquerda

Conduta: Trauma de crânio
de veículo automotor

Exame p/ avaliação de
otoneurologia

SITUAÇÃO DA SAÍDA DO PACIENTE

() Alta () Transferido () Óbito

Data: 11/03/13 Hora: _____

Destino do/a paciente: _____

Damiana Pereira da Silva
Assinatura do/a paciente ou Responsável

Médico / CRM

Cícero E. N. Carvalho
Médico
CRM-PB 69.16
CRM-RN 5944

14/08/14

Opalmo USG.

USG OE: - pouco (cristalino denso)

- cavidade intra ocular

- ausência de linhas DP.

IOL CALCULATIONS

Patient: DAMIANA SILVA Eye: OS/LEFT Setting: BASICA
Type: Phakic AUG.AL: 22.69 mm Operator: Oper1
AUG.K: 45.62 D

1st IOL:2	2nd IOL:4	3rd IOL:5
RIGID0	MEDIFLEX	ALCON
Formula: SRK-T	Formula: SRK-T	Formula: SRK-T
A: 118.30	A: 119.00	A: 118.40
Target Anisotopia: 0.00	Target Anisotopia: 0.00	Target Anisotopia: 0.00
Emmetropia: 20.78	Emmetropia: 21.69	Emmetropia: 20.90
IOL Power Refraction	IOL Power Refraction	IOL Power Refraction
19.0 1.19	19.5 1.41	19.0 1.27
19.5 0.86	20.0 1.09	19.5 0.94
20.0 0.53	20.5 0.77	20.0 0.61
20.5 0.19	21.0 0.45	20.5 0.27
<< 21.0 -0.15 >>	<< 21.5 0.12 >>	<< 21.0 -0.07 >>
21.5 -0.50	22.0 -0.21	21.5 -0.41
22.0 -0.85	22.5 -0.54	22.0 -0.76
22.5 -1.20	23.0 -0.88	22.5 -1.11
23.0 -1.56	23.5 -1.22	23.0 -1.46

Trackball or Arrow keys to select
Enter to calculate

DR. FAVIA C. F. SILVA
Médica
CRM: 44.880

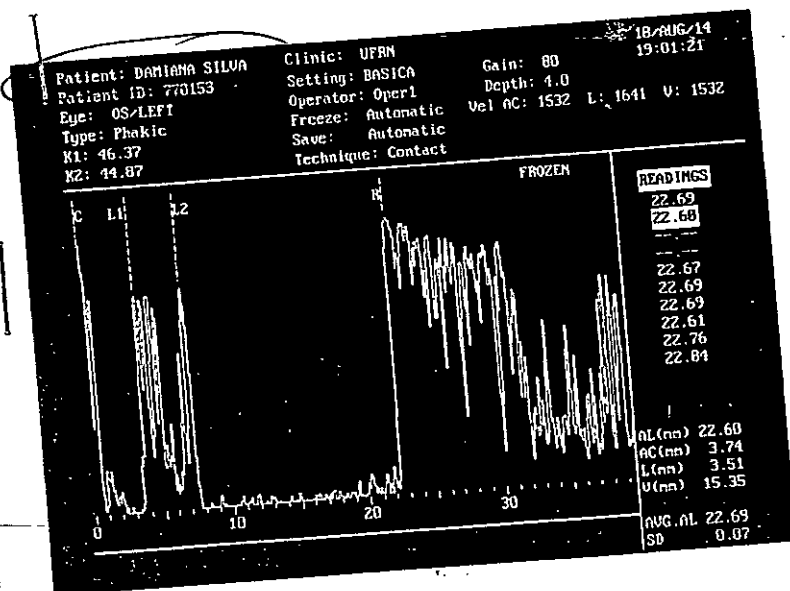
K1: 46.37

K2: 44.87

22.69

63

21.5



PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 MAR 2015
JEM REGULADORA

Dr. Teodoro Padilha
Dorlene Teodoro Padilha
Enfermeira
COREN 103573

Confere com original
Natal, 29 de 10 de 15
MSS

IOL CALCULATIONS

18/AUG/14
19:04:56

Patient: DARIANA SILVA
Type: Phakic
AUG.K: 45.13 D

Eye: OD/RIGHT
AUG.AL: 21.89 mm

Setting: DSICN
Operator: Oper1

1st IOL:2 P
RIGIDn
Formula: HOFFER-Q
ACD: 5.37
Target Anisotopia: 0.00

2nd IOL:4 P
MEDIFLEX
Formula: HOFFER-Q
ACD: 5.37
Target Anisotopia: 0.00

3rd IOL:5 P
ALCON
Formula: HOFFER-Q
ACD: 5.37
Target Anisotopia: 0.00

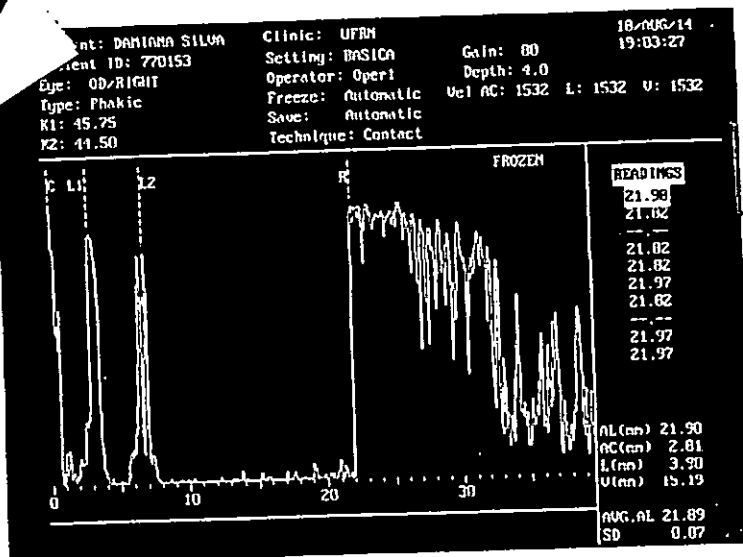
Enmetropia: 24.75
IOL Power Refraction
22.5 1.52
23.0 1.19
23.5 0.85
24.0 0.51
<< 24.5 0.17 >>
25.0 -0.17
25.5 -0.52
26.0 -0.88
26.5 -1.24

Enmetropia: 24.75
IOL Power Refraction
22.5 1.52
23.0 1.19
23.5 0.85
24.0 0.51
<< 24.5 0.17 >>
25.0 -0.17
25.5 -0.52
26.0 -0.88
26.5 -1.24

Enmetropia: 24.75
IOL Power Refraction
22.5 1.52
23.0 1.19
23.5 0.85
24.0 0.51
<< 24.5 0.17 >>
25.0 -0.17
25.5 -0.52
26.0 -0.88
26.5 -1.24

Trackball or Arrow keys to select
Enter to confirm, Esc to exit

UFERN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



Confere com original
Natal, 27 de 10 de 15
14/8

EXAME FÍSICO:

Oftalmológico - Terciário

48 anos

03/07/15

Paciente com cirurgia suspensa.

Retorna hoje visão turva com manchas.

Rx:

AVL O/C: 20/20
MM

visual

Bio: CAA, cornea plana OD

Catarata traumática, ruptura de corp. ant.

luneta post., vidro em CA OE.

Pio: 10 x 24 mmHg

FO: Esc. 0,4, mácula e vasos OD.

Impati canal OE

Conduta: Tumor 12/12h um OE
Remarco energia

Dra. Germana Variz C/V. Pinto

CRM 7702

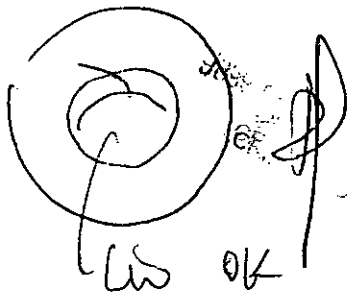
23/10/15

- Offal

- 0,75 - 2,50 1,00 20/50.

Pro:

20/20 mly.
(13h)



Michael
Machado
Azorg

FO: Retirar aparelhos 360°; DO corado;
máscara e varo OK i MEX.

CO: Suspender Michael +
Machado.

Machado
Azorg
Petrus 30/11/15

José F. F.
José F. F.
CRM 7702

Confere com original
Natal, 24 de 10 de 15

Mps

29/07/15

Oftalm-CC

Flx + Vitrectomia anterior
+ iridectomia. Paciente q
diminuição de zona 180° das
2 an 3h., planos p/m
colocar a lio

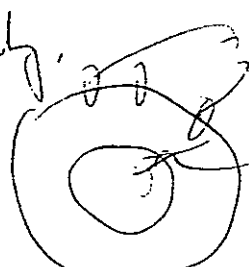
José Ronaldo Carvalho
Oftalmologia
CRM/RN 7613

09/09/15

Oftalm

AVL: OD: +1,00 20/20
 OE: +10,50 20/30 -4.

φ colírios

PD: 10mm.
PD: OE
 folgado
trava vítrea
afetado

Confere com original
Natal, 27 de 10 de 15
M6

FT. OD corado, mucus e vass
EK. Pêra aplicada 360°

CD: Implante secundário OE
Orbitais (25/09)

23/09/15

Oftalm-CC + Anel

Implante de lio tipo 7 com fixação
escleral inferior e suporte no escler
superior

José Ronaldo Carvalho
Oftalmologia
CRM/RN 7613

José Ronaldo Carvalho
Oftalmologia
CRM/RN 7613

ONOFRE LOPES

PRONTUÁRIO

UERN

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO Nº Reg.

770.153

Registro: 770153

Paciente: DAMIANA PEREIRA DA SILVA

Sexo: FEMININO

-Dt. Nascimento: 26/9/1966

Endereço: RUA JOAO FERNANDES DA SILVA

Num. 88

Bairro: CENTRO

Cidade: JACANA

UF: RN

Mãe: HELENA MARIA DA CONCEICAO CNS: 898001191826165

Dt. Cadastro: 22/5/2007

Usuário: WESLEYRM

[illegible]

Confere com original
Natal, 27 de 10 de 15
2015

0012-CAPA DO PRONTUÁRIO

DOCUMENTO 5 *T5%*



Luiz

PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 MAR 2016
JEM REGULADORA

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

Damiana Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.074.753 24/02/2015

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EXPIRAÇÃO

26/09/1966

ANTONIO PEREIRA DE ARAUJO
HELENA MARIA DA CONCEICAO

CORONEL EZEQUIEL RN

CERT. DE CAS-DIV L-00004 F-57 RG-1913

CUITE-PB-I CARTARIO

852.057.534-04

PRSEF 1707087505 2a. VIA

LISSA PEREIRA FILHO

CLASSE 1707087505

ITEP



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
852.057.534-04

Nome
DAMIANA PEREIRA

Nascimento
26/09/1966

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
FE34.512F.EEB3.29BA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

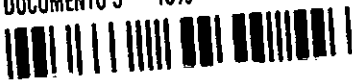
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 07:24:42 do dia 27/02/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 MAR 2016
JEFEM REGULADORA

DOCUMENTO 3 *T39*



Procurador

IDENTIFICACION

Roberto Ingenuo Santos

PROCURADOR DE LA DEFENSA

05461822

05461822

ORDEN DOS ABOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE ABOGADOS

UNIDADE DE ABOGADOS

047.951.714-65

047.951.714-65

047.951.714-65

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE JUSTICA

DEPARTAMENTO DE DEFENSA

Roberto Ingenuo Santos

DI-P-01

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE JUSTICA

DEPARTAMENTO DE DEFENSA

Roberto Ingenuo Santos

047.951.714-65

047.951.714-65

047.951.714-65

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
Nº 012030174167
VIA-1 00-13019028-8 00-000000000-820015

SEVERINA EDVAN DE PONTES SILVA

23965614134P
MNH4078/PB

PER628NT/UF PB 9BWZ2221ZFP016585

MIS/CAMIONETA/CARR.-ABERT-ALCOOL

VW/KOMBI MARCA/MODELO 1985 1985MOD.

03P/05/40T/060CV BARGIL PEGREDOMINANTE

COTA ÚNICA 00700/3000 VENC/COTAS

1. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2. 3.

PRÊMIO TARIFÁRIO* SEGURO PRÊMIO (R\$) 03/08/2015

SEM-RESERVA-DESEDOMÍNIO

CUIITE-327
LGGAL
Aristeu Chaves, Solista
Câmara Legislativa do Estado da Paraíba

06/08/2015
DATA 13510

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 MAR 2015
SEM REGULADORA

DOCUMENTO 6 *T6%*



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

PB Nº 012030174167 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINA EDVAN DE PONTES SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1234

2015 06/08/2015

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

SEVERINA EDVAN DE PONTES SILVA PLACA

VIA CPF / CNPJ

RENAVAM

23965614134P Nº CHASSI MNH4078/PB

00179190288 VW/KOMBI

PRÊMIO TARIFÁRIO

1985 (R\$) I 9BWZ2221ZFP016585 SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

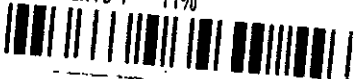
13510-1014594-20150806

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente
cópia fotostática é a reprodução fiel
do original que foi apresentado.

JACIMILAGIAN
Assinatura de Aráujo
Tribunal Intestina
Válido somente com selo de autenticidade e localização





JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUÁRIO COMPLETO

Eu, Amiana Pereira, brasileiro (a),
portador do Rg nº 001.074.753 e CPF 852.057.524-06,
residente e domiciliado (a) Rua João Fernandes da Silva
Bairro Centro Município Japão venho perante a
seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas.

Local

Japão-RN

Data

28/07/2016

Atenciosamente

Amiana Pereira da Silva

PROCURAÇÃO

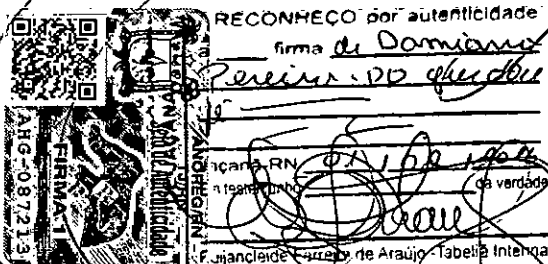
Outorgante: DAMIANA PEREIRA
brasileiro(a), DIVORCIADA, FUNDAMENTADA PÚBLICA
portador(a) do RG nº. 1079753 expedido por ITEP/PV em
24/02/2015 e do CPF nº. 852.057.534-04, residente na (o)
RUA JOAO FERNANDES DA SILVA, 80 / CENTRO
JACANA, município de JACANA - PV, CEP 59225-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picut - PB, 01 de ~~Fevereiro~~ de 2016

outorgante



**Valido somente com seu IVA
autenticado e fiscalizado**

PROTOCOLLO
REG.
11 MAR 2016
JEM REGULADURA