

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11215450

A/C: JOSE DANIEL MARTINS MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170343988 ASL-0235210/17

Vitima: JOSE DANIEL MARTINS MELO

Data Acidente: 18/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11230461

A/C: JOSE DANIEL MARTINS MELO

**Sinistro:** 3170343988 ASL-0235210/17  
**Vítima:** JOSE DANIEL MARTINS MELO  
**Data Acidente:** 18/02/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ERIC TORQUATO NOGUEIRA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11324234

A/C: JOSE DANIEL MARTINS MELO

Sinistro: 3170343988 ASL-0235210/17  
Vítima: JOSE DANIEL MARTINS MELO  
Data Acidente: 18/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DANIEL MARTINS MELO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000008289-9

Conta: 000010001010-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = | R\$ | 3.375,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DANIEL MARTINS MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08289-9

CONTA: 000010001010-5

---

Nr. da Autenticação 403DE7381AD4EE76

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170343988

**Cidade:** São Tomé

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE DANIEL MARTINS MELO

**Data do acidente:** 18/02/2017

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/06/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO --FACIAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170343988

**Cidade:** São Tomé

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE DANIEL MARTINS MELO

**Data do acidente:** 18/02/2017

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, OTORRAGIA À ESQUERDA E FRATURA DO TEMPORAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA E DIMINUIÇÃO DA AUDIÇÃO À ESQUERDA COM ZUMBIDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES VISÍVEIS, SEM ASSIMETRIA E/OU AFUNDAMENTO, DEAMBULANDO NORMALMENTE, LÚCIDO E ORIENTADO NO ESPAÇO, COM QUADRO SUGESTIVO DE HIPOACUSIA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial bilateral da acuidade auditiva

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santo

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) | 50 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 25%       | R\$ 3.375,00             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 25 %      | R\$ 3.375,00             |

## PRESTADOR

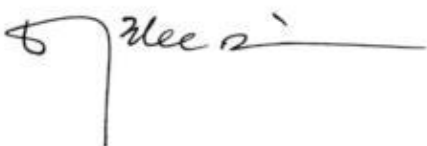
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170343988 **Cidade:** São Tomé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DANIEL MARTINS MELO **Data do acidente:** 18/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, OTORRAGIA À ESQUERDA E FRATURA DO TEMPORAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA E DIMINUIÇÃO DA AUDIÇÃO À ESQUERDA COM ZUMBIDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES VISÍVEIS, SEM ASSIMETRIA E/OU AFUNDAMENTO, DEAMBULANDO NORMALMENTE, LÚCIDO E ORIENTADO NO ESPAÇO, COM QUADRO SUGESTIVO DE HIPOACUSIA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial bilateral da acuidade auditiva

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santo

**CRM do médico:** 2109

**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 |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

## PRESTADOR

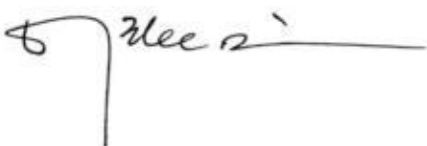
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DANIEL MARTINS MELO** Sinistro: **3170343988** Data: **18/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUIS AUGUSTO SANTIAGO, 15 - CENTRO - São Tomé - RN - CEP 59400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **3.429.349**

Data local do exame: [ **04/07/2017** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL DIREITA, OTORRAGIA À ESQUERDA E FRATURA DO TEMPORAL ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE CEFALÉIA E DIMINUIÇÃO DA AUDIÇÃO À ESQUERDA COM ZUMBIDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES VISÍVEIS, SEM ASSIMETRIA E/OU AFUNDAMENTO, DEAMBULANDO NORMALMENTE, LÚCIDO E ORIENTADO NO ESPAÇO, COM QUADRO SUGESTIVO DE HIPOACUSIA À ESQUERDA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Perda parcial bilateral da acuidade auditiva**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Ambos os ouvidos**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 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

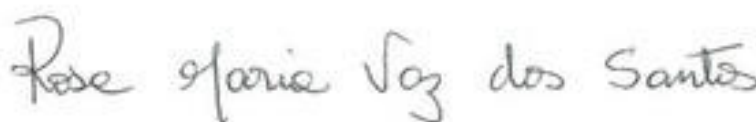
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN





DOCUMENTO 1 \*T1%\*



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria da Segurança e Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil - DEGEPO  
Diretoria de Polícia do Interior - DPCIN  
Delegacia Municipal de São Tomé/RN

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO TOMÉ - DPST

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 116 /2017 – DPST**

Natureza da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM FIM DE PLEITEAR O SEGURO OBRIGATÓRIO**

Local do acidente: Na RN-203, altura do Sítio Pedra do Navio, zona rural de São Tomé/RN.

Data do Fato: No dia 18 de fevereiro de 2017.

Hora do fato: Por volta das 08:35hs.

**DADOS DO COMUNICANTE**

Nome da Comunicante: MARIA DAGMAR MARTINS DE MOURA

Filiação: João Martins de Moura e de Josefa Maria da Conceição

RG: 2.269.449- SSP/RN

CPF: 061.746.104-03

Nascimento: 25/08/1979

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: AGRICULTORA

Naturalidade: SÃO TOMÉ/RN

Endereço: RUA LUIZ AUGUSTO SANTIAGO, 15, CENTRO, SÃO TOMÉ/RN

CNH: NÃO POSSUI

Telefone: (84) 99460-9983.

**DADOS DA VÍTIMA**

Nome da Vítima: JOSÉ DANIEL MARTINS MELO

Filiação: Damião Augusto de Melo e de Maria Dagmar Martins de Moura

RG: 3.429.349- SSP/RN

CPF: 124.438.424-01

Nascimento: 08/12/1996

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO

Naturalidade: SÃO TOMÉ/RN

Endereço: RUA LUIZ ANTÔNIO SANTIAGO, 15, CENTRO, SÃO TOMÉ/RN

CNH: NÃO POSSUI

Telefone: (84) 99460-9983.

ARUANA SEGUROS  
20 JUN 2017

**HOPITAL DE ATENDIMENTO**

Unidade Médica de Atendimento: Hospital Rita Leonor de Medeiros

Nº do Prontuário Médico: Boletim de Atendimento de Urgência (BAU)

Nome do Médico: Dr. Francisco Estrela Martins

CRM/RN nº: 1658

Unidade Médica de Atendimento: Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Nº do Prontuário Médico: Boletim de Atendimento de Urgência (BAU) nº 3939/2017

Nome do Médico: Dra. Francisca Gomes

CRM nº: 3858

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

Nome(s): APENAS À VÍTIMA

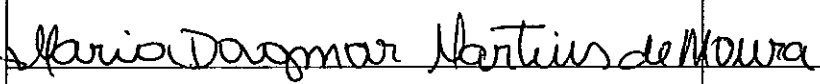
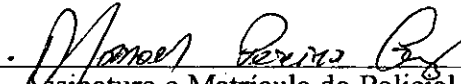
Maria Dagmar Martins de Moura.

APC - Monsenhor Walfredo Gurgel  
Chefe de Investigação  
Matrícula: nº 155.197-8

### NARRATIVA CIRCUNSTANCIADA DO FATO

A Comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que na manhã de sábado(18.02.2017), era por volta das 08h35min, momento em que seu filho, a vítima, pilotava a motocicleta pela RN-203, MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, PLACA MYM-8371/RN, DE COR AZUL, ANO FAB/MOD 2007/2007, RENAVAM Nº 00910670986, CHASSI Nº 9C2KC08107R092686, EM NOME DE JOSÉ DANIEL MARTINS DE MELO, que ao chegar na altura do Sítio Pedra do Navio, zona rural deste município de São Tomé/RN, que ao desviar um buraco na pista, perdeu o controle da citada motocicleta e caiu a metro da mesma, que foi levado ao Hospital Rita Leonor de Medeiros nesta cidade de São Tomé/RN, em seguida foi transferido para o Hospital Walfredo Gurgel em Natal/RN, devido a gravidade dos ferimentos. Nada mais disse.

São Tomé/RN, 23 de fevereiro de 2017.

|                                                                                     |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                          |
| Assinatura da Comunicante                                                           | Assinatura e Matrícula do Policial<br>APC-Manoel PEREIRA Cruz-Mat.165.197-8<br>APC - Manoel Pereira Cruz<br>Chefe de Investigação<br>Matrícula: nº 165.197-8 |





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE DANIEL MARTINS LOPES, portador da carteira de identidade nº 3.429.349 e inscrito no CPF/MF sob o nº 124.438.424-01, residente e domiciliado na RUA: LUIS AUGUSTO SANTIAGO, Cidade SÃO TOMÉ, 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:

- ☒ 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.

Jose Daniel Martins Lopes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

NATAL, 28-04-2017

Local e data





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE DANIEL MARTINS MELO  
\_\_\_\_\_, RG nº 3.429.349, data de expedição 30/12/13, Órgão  
SSP/RN, CPF nº 184.438.424-01, 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 seguindo, em  
anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA LUIS AUGUSTO SANTIAGO</u>   |
| Número                            | <u>15</u>                          |
| Apto / Complemento                |                                    |
| Bairro                            | <u>CENTRO</u>                      |
| Cidade                            | <u>SÃO TOMÉ</u>                    |
| Estado                            | <u>RN</u>                          |
| CEP                               | <u>59400-000</u>                   |
| Telefone de Contato               | <u>84 99920-2890</u>               |
| E-mail                            | <u>ERIC TORQUATO @ HOTMAIL.COM</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal, 28-04-17

Assinatura do Declarante: \* Jose Daniel Martins Melo





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE - CERN  
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 03.324.190/0001-81 | Ins. Est. 20056199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MARIA DAGMAR MARTINS DE MOURA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA LUIS AUGUSTO SANTIAGO 15

CPF 081 748 104-03 NIS 20986138799

POTÊNCIA/ÁREA URBANA  
SAO TOME RN  
59400-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

CORTA CONTRATO  
7000100700  
DATA DE VENCIMENTO  
28/12/2018  
MÊS/ANO  
12/2018  
DATA PREVISÃO DE LECTURA  
20/01/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
37,28

| Nº DA NOTA FISCAL   | EDICAO        | EXERCÍCIO        |
|---------------------|---------------|------------------|
| 000949107           | UNICA         | 21/12/2018       |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 21/12/2018          | 3010076677    | 2009783          |

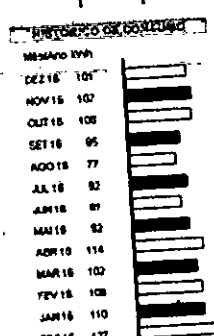
Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Contribuição Iluminação Pública  
ICMS-Parcela Subventionada  
Multa por atraso-NF 000864203 - 18/10/18  
Juros por atraso-NF 000864203 - 18/10/18

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 30,0000000 | 0,18350713  | 5,50        |
| 70,0000000 | 0,31458368  | 22,02       |
| 1,0000000  | 0,47187549  | 0,47        |
|            |             | 0,34        |
|            |             | 3,21        |
|            |             | 4,89        |
|            |             | 0,70        |
|            |             | 0,33        |

#### TOTAL DA FATURA

#### DEMONSTRATIVO DE CONTINUIDADE DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FURÇÃO | DATA       | ANTERIOR | LEITURA | DATA       | ATUAL    | LEITURA | Nº DE OVAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|----------|---------|------------|----------|---------|------------|-----------|--------|---------------|
| 201100371     | CAI            | 19/11/2018 | 5 700,00 |         | 21/12/2018 | 5 881,00 |         | 32         | 1,00000   |        | 181,00        |



| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                    | R\$   | %      |
|------------------------------------------|-------|--------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 11,31 | 29,30  |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,55  | 1,34   |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 6,28  | 23,51  |
| Acréscimo Bandeira Amarela               | 2,94  | 10,28  |
| Contribuição Iluminação Pública          | 0,87  | 24,25  |
| ICMS-Parcela Subventionada               | 26,33 | 100,00 |
| Total                                    | 48,28 |        |

7681 EB43 5158 E558 D38D 34F2 8FF1 B835

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito até o dia 28/12/2018. No dia de vencimento, a cobrança é automática e a multa é de 10% sobre o valor devido. O cliente deve manter em seu arquivo a Nota Fiscal original e a cópia desta Nota Fiscal. O cliente deve manter em seu arquivo a Nota Fiscal original e a cópia desta Nota Fiscal. O cliente deve manter em seu arquivo a Nota Fiscal original e a cópia desta Nota Fiscal.

#### ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSA SALVAR SUAS CONTAS EM ARQUIVO

Considere os dados e não pague mais do que o devido. O cliente deve manter em seu arquivo a Nota Fiscal original e a cópia desta Nota Fiscal. O cliente deve manter em seu arquivo a Nota Fiscal original e a cópia desta Nota Fiscal. O cliente deve manter em seu arquivo a Nota Fiscal original e a cópia desta Nota Fiscal.

| CONSUMO | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE |
|---------|-------|--------|--------|--------|
| SAOP    | 0,00  | 11,18  | 22,32  | 44,65  |
| POTENCI | 0,00  | 7,41   | 15,34  | 30,68  |
| PRC     | 0,00  | 6,28   | 0,00   |        |
| DMC     | 0,00  |        |        |        |

ARUANA SEGUROS  
20 JUN 2017



## ANEXO II

## DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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, ERIC TORQUATO NOGUEIRA, portador(a) do RG nº 3.393.071, expedido por ITEP-RN, em 07/03/2012, CPF nº 061.387.934-12, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) JOSÉ DANIEL MARTINS MELO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JOSÉ DANIEL MARTINS MELO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recebe Renda Mensal: Recebe

Documentos comprobatórios: Recebe

Eric Torquato Nogueira  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

A (ALERGIAS): NEGA  
 M (MEDICAÇÃO EM USO): NEGA  
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): NEGA  
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): SIM  
 A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): 8AS TORÇ  
 V (PASSADO VACINAL): VAT - HO 02 anos

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

TC de crânio

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

|                                      |                    |                         |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| ESPECIALISTA 1: <u>Neurocirurgia</u> | HORA: <u>13:10</u> | DATA: <u>18/02/2019</u> |
| ESPECIALISTA 2:                      | HORA:              | DATA:                   |
| ESPECIALISTA 3:                      | HORA:              | DATA:                   |



ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3 - ABARA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS (100MM PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8 - DEB DISPONÍVEL: AVALIE O RÍTIMO, 9 - RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PI DEB BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *Jun 15:35*

ANAMNESE *Acidente de moto Hm 4H, si perna de consquênua*

EXAME FÍSICO *Beh, h15, s/ de hnt, si cervicalha, hematoma subcortical tr @*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *fr leve*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*  
*te cranio = fratura temp @*

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1 *se sum @*

2 *sf 9, 9x 1000ml } 1 susp  
sc 51 500ml*

3 *sf 51 480ml  
Nalt 20x15L } @ 6/6h  
KCl 19,17.5L*

4 *mp no 2L + ASD @  
6/6h sin*

5 *Masik 2L + ASD @  
8/8h sin*

6 *Antak 50g @ 8/8h*

7 *obstrução de drenagem*

8 *capelina elavada*

9 *saco coletor externo em ovidio @*

10 *repetir te cranio*

11 *amanha cedo ou antes se proa neurologica*

*Sergio Freire dos Santos*  
NEUROCIRURGIÃO  
CRM 5722 RMI ROE 832

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONFERE COM ORIGINAL  
08/03/17

NATAL OUTROS *M*

MAT. Nº *same*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA

*ARJANA SEGUROS*  
20 JUN 2017

*10:20 Paciente encaminhado de alto hospitalar*

*Márcia Sandoval L. da Silva*  
Téc. Enfermagem  
COREN-BN 155053

Assinatura e Carimbo do Responsável

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW                                                                                            |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Abertura Ocular (AO)                                                                                                           |   |
| Olhos se abrem espontaneamente.                                                                                                | 4 |
| Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 1)    | 3 |
| Olhos se abrem por estímulo doloroso                                                                                           | 2 |
| Olhos não se abrem.                                                                                                            | 1 |
| Melhor resposta verbal (MRV)                                                                                                   |   |
| Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade onde está, está o porquê, a data e etc.) | 5 |
| Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)                                           | 4 |
| Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)                                                         | 3 |
| Sons Ininteligíveis. (Ganhendo sem articular palavras.)                                                                        | 2 |
| Ausente.                                                                                                                       | 1 |
| Melhor resposta motora (MRM)                                                                                                   |   |
| Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)                                                          | 6 |
| Localiza estímulo doloroso.                                                                                                    | 5 |
| Retirada inespecífica a dor.                                                                                                   | 4 |
| Padrão flexo à dor (Decorticação).                                                                                             | 3 |
| Padrão extensor à dor (Decerebração).                                                                                          | 2 |
| Sem resposta motora.                                                                                                           | 1 |
| Total                                                                                                                          |   |

| **ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| DISCRIMINADOR                                | PONTUAÇÃO    |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW                    | 13 - 150 = 4 |
|                                              | 9 - 120 = 3  |
|                                              | 6 - 80 = 2   |
|                                              | 4 - 50 = 1   |
|                                              | 30 = 0       |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA                      | 10 - 290 = 4 |
|                                              | >290 = 3     |
|                                              | 6 - 90 = 2   |
|                                              | 1 - 50 = 1   |
|                                              | 0 = 0        |
| PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA                   | > 90 = 4     |
|                                              | 76-90 = 3    |
|                                              | 50-70 = 2    |
|                                              | 1-50 = 1     |
|                                              | 0 = 0        |

\*\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);  
09- 3= moderado;  
14-15=leve

\* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assesmed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974.2:81-84

\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

| SEM DOR | LEVE | Moderada | Intensa | Pior Possível |
|---------|------|----------|---------|---------------|
| 0       | 1    | 2        | 3       | 4             |

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL ÀS CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE!

|                                                                                                                                                 |  |                                       |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:                                                                                                                    |  |                                       |                                                                   |
| ANAMNESE                                                                                                                                        |  |                                       |                                                                   |
| EXAME FÍSICO                                                                                                                                    |  |                                       |                                                                   |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA                                                                                                                           |  |                                       |                                                                   |
| EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****                                                                                                |  | LABORATÓRIO                           |                                                                   |
|                                                                                                                                                 |  | OUTROS                                |                                                                   |
| CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)                                                                                                  |  | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM               |                                                                   |
| <p>A 02 JA - 1002 - 04.</p> <p>Osteoporose</p> <p>87 Overex</p> <p>cds. Repetr re de ceno</p> <p>5/ hematomas</p> <p>alto n em 4 omen da 04</p> |  | <p>procurado - alto =</p>             |                                                                   |
| Assinatura e Carimbo do Responsável                                                                                                             |  | Assinatura e Carimbo do Responsável   |                                                                   |
| DESTINO DO PACIENTE:                                                                                                                            |  | Nº do Boletim de Atendimento:         |                                                                   |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA:                                                                                                                        |  | DATA: / /                             | HORA:                                                             |
| SAÍDA:                                                                                                                                          |  | DATA: / /                             | HORA:                                                             |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  | À Revelia <input type="checkbox"/>    | Transferido para:                                                 |
| ÓBITO:                                                                                                                                          |  | DATA: / /                             | HORA:                                                             |
| Entregue à família                                                                                                                              |  | com Atestado <input type="checkbox"/> | S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

|                                         |  |                                       |                                                                   |
|-----------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| DESTINO DO PACIENTE:                    |  | Nº do Boletim de Atendimento:         |                                                                   |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA:                |  | DATA: / /                             | HORA:                                                             |
| SAÍDA:                                  |  | DATA: / /                             | HORA:                                                             |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/> |  | À Revelia <input type="checkbox"/>    | Transferido para:                                                 |
| ÓBITO:                                  |  | DATA: / /                             | HORA:                                                             |
| Entregue à família                      |  | com Atestado <input type="checkbox"/> | S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO TOMÉ

Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL RITA LEONOR DE MEDEIROS

Prça Antônio Assunção, Nº 21 - Centro - CEP: 59.400-000 São Tomé/RN  
Telefone: (84) 3258-2544 / CNPJ: 08.580.63/0001-92 / E-mail: smssaotome@rn.gov.br

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

|                                                                                  |                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>José Semir Martins Melo</u>                                             | <b>SINAIS VITAIS</b><br><br>PA <u>130x80</u> mmHg<br>Temp _____ °C<br>FC _____ rpm<br>FR _____ rpm<br>PESO _____ kg |
| Nascimento: <u>08/12/1996</u> Idade: <u>20</u> Sexo: <u>M</u> ( ) F ( )          |                                                                                                                     |
| Profissão: <u>acadêmico de Pedreiro</u> RG: <u>3.429.349</u>                     |                                                                                                                     |
| CPF: <u>124.438.424-04</u> Cartão SUS: <u>765404490734397</u>                    |                                                                                                                     |
| Filiação: <u>Wemício Augusto de Melo e</u><br><u>Mãe Wagner Martins de Moura</u> |                                                                                                                     |
| Endereço: <u>R. Luiz Augusto Santiago</u>                                        |                                                                                                                     |
| Data: <u>18/02/17</u>                                                            |                                                                                                                     |

08:35 hs.

QUEIXA PRINCIPAL

Polifarmácia

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com problemas de saúde com TC e de outros

CONDUTA MÉDICA

HORA

CHEGAGEM

|                     |             |                |
|---------------------|-------------|----------------|
| <u>Exame físico</u> | <u>9:00</u> | <u>470.056</u> |
| <u>Exame físico</u> |             |                |
| <u>Exame físico</u> |             |                |
| <u>Exame físico</u> |             |                |
| <u>Exame físico</u> |             |                |
| <u>Exame físico</u> |             |                |

Resultado dos exames:

ARUANA SEGUROS  
20 JUN 2017

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido \_\_\_\_\_

Liberado por decisão médica ( ) a pedido ( ) Hora: \_\_\_\_\_

Encaminhado (X) Hospital de destino Hospital Geral

Óbito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_

Internado ( )

Ambulância (X) Transporte Próprio ( )

Entregue a família ( ) SVO ( )

São Tomé - RN 18/02/17

Assinatura e carimbo médico

RECEITUÁRIO MÉDICO

Para:  
João Daniel M. Melo

Encaminhado ao  
Serviço de Trans-  
mutação do  
Hospital Walter  
do Cunha.  
Data RN

ARUANA SEGUROS  
20 JUN 2017

180217

  
Dr. Francisco Estrela Martins  
Médico  
CRM-1658 CFE: 202.993.974-91

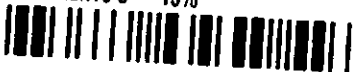
|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CONFERE COM ORIGINAL                                                                  |  |
| NATAL, 08/03/17                                                                       |  |
| MAT. Nº. 1                                                                            |  |
| SAME                                                                                  |  |
|  |  |
| ASSINATURA                                                                            |  |

1 - Dexametazona  
4mg - 2 mg EV

2 - Voltaren - 1  
amp. IM

~~Dr. Francisco Siqueira Martins~~  
Médico

~~CRM-1658 CPF: 202.948.074-91~~



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

**POLEGAR DIREITO**

*Yoni Daniel Martins Melo*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.429.349 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.12.2013

NOM. JOSÉ DANIEL MARTINS MELO

Damião Augusto de Melo

FLUXUO

Maria Dagmar Martins de Moura

São Tomé/RN 08.12.1996

NATURALIDADE

C/Nasc. 11.191 Liv. A-24 F.296V

DOC. ORDEM

2ª Cart. de São Tomé/RN

CPF 124.438.424-01

Ulisses Bezerra Filho

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

ITP

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 124.438.424-01

Nome JOSE DANIEL MARTINS MELO

Nascimento 08/12/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

20 JUN 2017



| CONTRAN                                                                         |                    | DENATRAN                                            |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADIAS</b>         |                    |                                                     |                                 |
| <b>DETRAN - RN</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> |                    | <b>Nº 012388651249</b>                              |                                 |
| <b>VEICULO</b><br><b>COD. RENAVAM</b><br><b>1</b>                               | <b>00910670986</b> | <b>INSTR.</b><br><b>*****</b>                       | <b>EXERCÍCIO</b><br><b>2016</b> |
| <b>JOSE DANIEL MARTINS MELO</b>                                                 |                    |                                                     |                                 |
| <b>OPF/CNPJ</b><br><b>124.438.424-01</b>                                        |                    | <b>PLACA</b><br><b>MYN8371</b>                      |                                 |
| <b>PLACA/INT/UF</b><br><b>MYN8371/RN</b>                                        |                    | <b>CHASSI</b><br><b>9C2KC08107R092686</b>           |                                 |
| <b>ESPECIE TIPO</b><br><b>PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVE</b>              |                    | <b>COMBUSTIVEL</b><br><b>GASOLINA</b>               |                                 |
| <b>MARCA/MODELO</b><br><b>HONDA/CG 150 TITAN RS</b>                             |                    | <b>ANO FAB.</b><br><b>2007</b>                      |                                 |
| <b>CAT/POT/CK</b><br><b>OCV/149 CILINDRADAS</b>                                 |                    | <b>COM PEDOMINANTE</b><br><b>ABU</b>                |                                 |
| <b>COTA UNICA</b><br><b>R\$ 0.00</b>                                            |                    | <b>VENC. COTA UNICA</b><br><b>16/03/2016</b>        |                                 |
| <b>FAIXA/PVA</b><br><b>A 002807 3X</b>                                          |                    | <b>PARCELAMENTO/COTAS</b><br><b>R\$ *****</b>       |                                 |
| <b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b><br><b>*** TAXAS DETRAN: PAGO</b>                  |                    | <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b><br><b>*** DPVAT: PAGO</b> |                                 |
| <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>10/08/2016</b>                                   |                    | <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>10/08/2016</b>       |                                 |
| <b>NOTOR: KC08E17092686</b>                                                     |                    |                                                     |                                 |
| <b>SAC TOME/RN</b>                                                              |                    |                                                     |                                 |
| <b>Assessoria de Registro de Veículos</b><br><b>10/08/2016</b>                  |                    |                                                     |                                 |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DPVAT                                                                                                                                      |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>REN N° 012388651249</b>                                                                                                                                                                                         |                                               |
| <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>                                                                                                                                                                                     |                                               |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br><b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b><br><b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.</b><br><b>www.dpvatseguradoraaruna.com.br</b><br><b>SAC DPVAT 0800 022 1504</b> |                                               |
| <b>VEICULO</b><br><b>1</b>                                                                                                                                                                                         | <b>OPF/CNPJ</b><br><b>124.438.424-01</b>      |
| <b>REN/AM</b><br><b>00910670986</b>                                                                                                                                                                                | <b>PLACA</b><br><b>MYN8371</b>                |
| <b>ANO FAB.</b><br><b>2007</b>                                                                                                                                                                                     | <b>CHASSI</b><br><b>9C2KC08107R092686</b>     |
| <b>MARCA/MODELO</b><br><b>HONDA/CG 150 TITAN RS</b>                                                                                                                                                                |                                               |
| <b>PREMIO TARIFARIO</b>                                                                                                                                                                                            |                                               |
| <b>R\$ (R\$)</b><br><b>0.00</b>                                                                                                                                                                                    | <b>CUSTO DO SEGURO (R\$)</b><br><b>0.00</b>   |
| <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b><br><b>0.00</b>                                                                                                                                                                           | <b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b><br><b>0.00</b>  |
| <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>10/08/2016</b>                                                                                                                                                                      | <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>10/08/2016</b> |
| <b>SEGUROADORA LIDER - DPVAT</b><br><b>CNPJ 08.248.803/0001-04</b><br><b>www.dpvatseguradoraaruna.com.br</b>                                                                                                       |                                               |
| <b>007-2015</b>                                                                                                                                                                                                    |                                               |

ARUANA SEGUROS  
20 JUN 2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Apel. Daniel Martins Melo  
DATA DO ACIDENTE 18/02/2017 CPF DA VÍTIMA 124.438.424-01  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Eric Torquato Noqueira  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Presencioso  
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Duque de Caxias BAIRRO  
Nº 90 COMPLEMENTO A UF RN CEP 59012-200  
CIDADE Natal TELEFONE ( )  
E-MAIL

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 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 CONFIRME 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 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

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

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 GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/06/2017  
NOME Eric Torquato Noqueira  
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20/06/2017  
NOME [Assinatura]  
ASSINATURA [Assinatura]

DOCUMENTO 7 \*7%\*



20 JUN 2017