

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Nº Sinistro: 3180442066

Vítima: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180442066**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13394910



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Nº Sinistro: 3180442066

Vitima: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180442066**), 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180442066 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICLA BARBOSA DUTRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180442066 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICLA BARBOSA DUTRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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

104.252.564-13

Nome completo da vítima

JESSICA BARBOSA DUTRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JESSICA BARBOSA DUTRA		CPF titular da conta 104.252.564-13	Profissão AUTÔNOMA
Endereço RUA BOA VISTA		Número 8493	Complemento
Bairro SANTA LUZIA	Cidade TOUROS	Estado RN	CEP 59584-000
Email Mãe informou		Telefone (DDD) (84) 98711-5930	

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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1069 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO AGÊNCIA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 84776 D/V 4 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V ☐ (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.

Natal/RN, 18 de julho de 2018.

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Jessica Barbosa Dutra

Formulário 1 - Assinatura do Beneficiário

Formulário 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
21 SET 2018



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM
Endereço: RUA PRISCO ROGITA, 1249, CENTRO, CEARÁ-MIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018020001951 1.2 Data de Expedição: 18/07/2018 15:10:22
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligar CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/10/2017 15:30:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RN-054
2.8 Número: SN 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS 2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JULYD CESAR COSTA FERREIRA DE LIMA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: JOAO BATISTA FERREIRA DE LIMA
3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: MARIA APARECIDA CAVALCANTE COSTA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 0853195408 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 22/07/1998
3.13 Profissão: AUTONOMO 3.14 RG: 3074312 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 994309050 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 108 3.18 Nacionalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: SÃO GERALDO 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA VITORIA REGIA
3.23 Cidade: CEARÁ-MIRIM 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA
4.2.1 Nome Completo: JESSICA BARBOSA DUTRA 4.2.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.2.3 Nome Social: 4.2.4 Pai: JOAO MARIA DUTRA
4.2.5 Mãe: IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO 4.2.6 Identidade de Gênero:
4.2.7 Orientação Sexual: 4.2.8 Etnia: Sem Informação
4.2.9 Sexo: FEMININO 4.2.10 Data de Nascimento: 01/11/1985
4.2.11 CPF: 10425258413 4.2.12 RG: 3185176
4.2.13 Nacionalidade: 4.2.14 Profissão: AUTONOMA
4.2.15 Logradouro: RUA SOA VISTA 4.2.16 Passaporte:
4.2.17 Número: 08 4.2.18 E-Mail:
4.2.19 Bairro: SANTA LUZIA DE TOUROS 4.2.20 CEP:
4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 4.2.21 Cidade: TOUROS

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2KD04109R016707 7.1.4 Renavam: 00163337462
7.1.5 Placa: NMD7326 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: NXR 150 BROS ESD
7.1.9 Ano do Modelo: 2009 7.1.10 Ano de Fabricação: 2009
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE FRACINILDO PIMENTEL FREIRE 7.1.15 Vinculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DADOS

8.1.1 Histórico

O DECLARANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. P/ NOS INFORMAR QUE SEGUIA DE MOTO PELA RN-054 EM DIREÇÃO A SANTA LUZIA DE TOUROS JUNTAMENTE COM SUA NAMORADA JESSICA BARBOSA DUTRA QUANDO, DE REPENTE, UM CAMINHÃO, QUE NÃO IDENTIFICAR, INVADIU A CONTRAMÃO, QUE NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR E COLIDIU NA LATERAL DO CAMINHO QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO, QUE FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU QUE OS LEVOU PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL, SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NO COTOVELO E PÉ, UMA LESÃO NO JOELHO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE A PESSOA DE JESSICA BARBOSA DUTRA TEVE FRATURA NA CLAVÍCULA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE O DECLARANTE PILOTAVA A MOTO ACIMA CITADA E QUE JESSICA BARBOSA DUTRA VINHA DE CARONA. NADA MAIS DISSE.

8.2 Informações do CLOSP

8.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarant(e)s, sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 18/07/2018 15:10:22

[Assinatura]
Policial

[Assinatura]
Interessado

NATAL CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
L. Araceli Ave 532 - Cidade das - 08 055-275 Natal/RN - 54100-000 - 3211 0271
Urua Coelho Aguiar Freitas - NATAL
CARTÓRIO que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, por mim, em 18 de agosto de 2018.
ESCRITÓRIO NOTARIAL
Válida somente com selo de autenticação



ARUANA SEGUROS
21 SET 2018



Polgar direito

Atendimento: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO

Impresso por: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO em 16/07/2018 15:10:30

FINAL DO ROLETIM DE OCORRANCIA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Jenicka Barbosa Dutra

CPF da Vítima

104.252.564-13

Data do Acidente

08/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

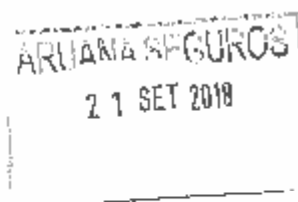
Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Natal/RN, 18 de julho de 2018



* Jenicka Barbosa Dutra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

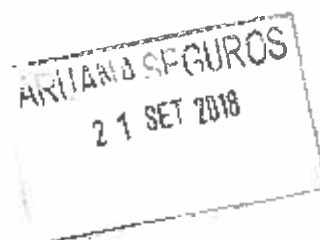


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrada a ocorrência Nº **S273103** referente a paciente **JESSICLA BARBOSA DUTRA**, 22 anos, atendida pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 08/10/2017 em RN sentido Ceará Mirim à Touros/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 14 de agosto de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador de Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3





Companhia Energética de Minas Gerais - CEMIG
Rua Moisés, 152, Belo Horizonte, Minas Gerais - CEP 30055-150
CNPJ 08.324.390/0001-91 | Tel: 3055.1188-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BOA VISTA 8493

CPF 007.964.634-09 NIS 16217192560

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL
BARRA RENDACOMINS
Miguelópolis

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

SANITÁRIA UZIAMAZEA RURAL
TOURPOS RN
55644-000

CONTA CONSUMO	PERÍODO
0370292012	06/2018
26/06/2018	18/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	157,86

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,2040554	6,12
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,35550054	24,89
Consumo Ativo superior a 100 até 229 kWh	120,00000000	0,52847141	63,42
Consumo Ativo superior a 229 kWh	47,00000000	0,5863195	27,56
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,05
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,78
Contribuição Iluminação Pública			15,03
ICMS - PIS/COFINS - Subvenção			7,87
Multa por atraso - NF 005303337 - 19/04/18			2,10
Juros e multa - NF 005303337 - 19/04/18			1,95
Atualização ICPI - NF 005303337 - 19/04/18			1,57

YUNILDA S. DE FREITAS
Gestora de Atendimento RFEE
MIL 145.338-0

TOTAL DA FATURA: 157,86

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

Este documento é uma cópia do documento original emitido pela Cosern. A Cosern não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento. A Cosern não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento. A Cosern não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento.

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

UF	BA	CEP	TIPO	DATA
008160040	UNICA	150067018		
150067018	0000173679	1551800		

ARJANA SGAUROS
21 SET 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIC TORQUATO NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.387.934-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JESSICA BARBOSA DUTRA inscrito(a) no CPF sob o Nº 104.252.564-13, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JESSICA BARBOSA DUTRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.252.564-13, 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: Avenida Duque de Caxias		Número: 90A	Complemento
Bairro: Ribeira	Cidade: Natal	Estado: RN	CEP: 59012-200
Email: erictorquato@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (84) 98711-5930	Telefone celular (DDD)

Natal, 06 de setembro de 2018

Local e Data

Eric Torquato Nogueira
Assinatura do Declarante

ANUÁRIO SEGUROS
21 SET 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Jose Francinildo Pimentel Freire
RG nº 1.754.236, data _____ de
expedição 19/04/2018, Órgão ITEP portador(a) do
CPF nº 029.262.794-77, com domicílio na cidade
de Touros, no Estado RN, onde
resido _____ na
(Rua/Avenida/Estrada) Povoado de Santa Luzia, Municipio de
Touros-RN, nº 03 complemento Zona Rural
_____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Jessicla Barbosa Dutra, cujo
condutor era Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima

Veículo: Honda/NXR150 BROS ESD

Modelo: Honda/NXR150 BROS ESD

Ano: 2009

Placa: NNQ-7326

Chassi: 9C2KD04109R016707

Data do acidente: 08/10/2017

Local e data: Ceará-Mirim, 19 de julho de 2018



Reconheço a firma de Jose Francinildo
Pimentel Freire e Julyo Cesar
Costa Ferreira de Lima - x
Por Autenticidade do que dou Fé
Ceará-Mirim-RN, 19 JUL 2018
Em Teles [Assinatura]



Jose Francinildo Pimentel Freire
Assinatura do Declarante



Julyo Cesar C. S. de Lima

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. 27 de Março, S/N - Centro - Touros/RN
Fone: (84) 3263-2243 - Fax: 3263-2300
CEP: 59.584-000 - CNPJ: 08.234.155/0001-02



FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE UBS SANTA LUZIA		ESPECIALIDADE ORTOPEDIA	
NOME DO PACIENTE Seimco Barbosa Melo		DATA DE NASCIMENTO 01.11.95	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO R. Boa Vista, SN, Santa Cruz			
SEXO M () F ()	CPF	IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE).

**Paciente sofreu queda de moto
afetando em clavícula direita p/
adnexo.**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID S02.0	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO Touros 09/01/17	MÉDICO SOLICITANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO) [Assinatura]	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE:	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR.	DIA	HORA

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA
RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE
DIAGNÓSTICO		CID
CONDUTA ADOTADA		
MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO

D



ARCANA SEGUROS

21 SET 2018

Id. Paciente: 45163

Data Exame: 06/10/2017 19:03:45

Paciente: JESSICA BARBOSA DUTRA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: VANILDO

Idade: 21 ano(s)

CLAVICULA AP

Tam. real

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-390

TEL.: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADO@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 48163 /2017

Admissão: 08/10/2017 18:54:50

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 42748 - JESSICLA BARBOSA DUTRA (21 a 11 m 7 d)

Nascimento: 01/11/1995 Natural: TOUROS, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO

Pai:

Logradouro: SANTA LUZIA, 1

CEP: 59584000

Bairro: TOUROS

Cidade: TOUROS

Telefone: 84.98919592

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 08/10/2017 18:46:41

HORA	P.A.	HGT	CONF	R.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	PTS
	100/60	160	28/10/18	20	114		15	
			NATAL					
			MAT. Nº					

HISTÓRIA CAUSAL DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Ac de moto / trauma na clavícula D + escoriações no MSID

Hora: _____

Vítima de acidente de carro, em movimento, após impacto com veículo
Transportado SAMU e encaminhado para o hospital
(sem lesões no rosto)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAPOR, color normal

B M.D. 1/1/18

C Pulso cheio F.C.: 120

D ECG 15

E Dor, região dorsal D + membros M.D.

ARIANA REGUROS

21 SET 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Alto reatamento
Cervical sem dor Ativo color

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

08/10/17

*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

Patron

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX Tórax AP

RX Clavícula AP Verdadeira.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT-0,5 L, 1 M

16

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ARUANA SFGUROS

21 SET 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>19:30</u>	DATA: _____
ESPECIALISTA 2: _____	HORA: _____	DATA: _____
ESPECIALISTA 3: _____	HORA: _____	DATA: _____

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Prda in cluse
Ho casuor

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

41201A ✓

QNA 10 ✓

Vietha J. W.
1952

11/10/2021

GILBERT H. BOAT
 Director / President
 100-100 54th
 C/O 100-100 54th
 C/O 100-100 54th

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 16/01/88
MAT. Nº.
SAME
CA
ASSINATURA

ARIANA SEGUROS

~~71 SEP 2018~~

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DE ENLACE DE COMA CLASIFICACION	
Alimento Cereales (40%)	
¿Cómo se obtiene el producto?	1
¿Cómo se obtiene el alimento vegetal, cómo se obtiene el tipo de procesamiento, se vende en sacos de 4.50 libras?	2
¿Cómo se obtiene para el consumo humano?	3
¿Cómo está en el mercado?	4
¿Hay otros productos similares?	
¿Hay otros productos similares?	
¿Hay otros productos similares?	5
¿Hay otros productos similares?	6
¿Hay otros productos similares?	7
¿Hay otros productos similares?	8
¿Hay otros productos similares?	9
¿Hay otros productos similares?	10
¿Hay otros productos similares?	11
¿Hay otros productos similares?	12
¿Hay otros productos similares?	13
¿Hay otros productos similares?	14
¿Hay otros productos similares?	15
¿Hay otros productos similares?	16
¿Hay otros productos similares?	17
¿Hay otros productos similares?	18
¿Hay otros productos similares?	19
¿Hay otros productos similares?	20
¿Hay otros productos similares?	21
¿Hay otros productos similares?	22
¿Hay otros productos similares?	23
¿Hay otros productos similares?	24
¿Hay otros productos similares?	25
¿Hay otros productos similares?	26
¿Hay otros productos similares?	27
¿Hay otros productos similares?	28
¿Hay otros productos similares?	29
¿Hay otros productos similares?	30
¿Hay otros productos similares?	31
¿Hay otros productos similares?	32
¿Hay otros productos similares?	33
¿Hay otros productos similares?	34
¿Hay otros productos similares?	35
¿Hay otros productos similares?	36
¿Hay otros productos similares?	37
¿Hay otros productos similares?	38
¿Hay otros productos similares?	39
¿Hay otros productos similares?	40
¿Hay otros productos similares?	41
¿Hay otros productos similares?	42
¿Hay otros productos similares?	43
¿Hay otros productos similares?	44
¿Hay otros productos similares?	45
¿Hay otros productos similares?	46
¿Hay otros productos similares?	47
¿Hay otros productos similares?	48
¿Hay otros productos similares?	49
¿Hay otros productos similares?	50

DISCRIMINADOR	POSTURAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	13-15	+3
	9-12	+2
	6-8	+1
	3-5	+0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20	+4
	20-30	+3
	3-10	+2
	1-3	+1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90	+0
	70-90	+1
	50-70	+2
	1-50	+3

^aExcludes the Veterans Benefits (VA) Area Office.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(A71.5-2003)

83- 800-propter (schreibweise des
Ergebnisses nicht nötig)
83- 3= nur dann;
84- 1 Schritt

* References: TEASDALE, G., JEMMETT, B.
Assessment of stress and impaired
consciousness. A practical guide. Lancet
1984;2:81-84.

²² Ի տարած թաղերում այժմ քաղաքի օրհանգիստը և դրա շնորհիվ ընդ ընդ շարժվող շուկաները և չորս մեծ հրապարակները, որոնք համարվում են Երևանի Գեղարվեստի և Մշակույթի նախարարության կողմից Երևանի Գեղարվեստի և Մշակույթի նախարարության կողմից:

DEM DOR	LEVE	Moderate	Intense	Poor Passive
1	1	2	3	4

FIGURE ATENTAO A SUEMCAO DE FANTASMAS YRATOS, EM ESPECIAL A CRIMINOSAS, MULHERES E FANTASMAS, DENUNCIA O PROBLEMA SOCIAL E NOTICIA

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Nº do Boletim de Atendimento:

DATA: / / HORA:

DATA: / / HORA:

À Revelia ☐

Transferido para:

DATA: / / HORA:

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

ARLIAN SEGUROS

L.T.P. ☐

21 SET 2018

Médico (Carriazo)

Desfilar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Nº do Boletim de Atendimento:

DATA: / / HORA:

DATA: / / HORA:

À Revelia ☐

Transferido para:

DATA: / / HORA:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN Nº 013702809677
CENTRO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0016331762 2018

JOSE FRANCISCO FERNANDES PEREIRA

029.262.794-77

RN 07326/RN

PASSEIRO/MOTOCICLETA/VEICULO AUTOMOTOR GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ESD

0016331762

08/05/2018

014000 36 28 *****

*** VAXAS DETRAN: PAGO ***

RN 07326/RN

08/05/2018

DETRAN - RN

DETRAN - RN
DETRAN - RN
DETRAN - RN

RN Nº 013702809677 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 2018 DATA EMISSÃO 30/05/2018

PLACA RN07326

029.262.794-77

HONDA/NXR150 BROS ESD

9C2K004109R016707

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DATA DE EMISSÃO

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04