



Número: **0849594-23.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 954,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JESSICA BARBOSA DUTRA (AUTOR)	ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45175 846	26/06/2019 16:12	Petição	Petição
45175 864	26/06/2019 16:12	2603686 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45175 882	26/06/2019 16:12	2603686 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08495942320188205001

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JESSICA BARBOSA DUTRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 24 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

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

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



Rio de Janeiro, 24 de Setembro 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: 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

Pag. 0006/0062 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13442923

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 EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

JESSICLA BARBOSA DUTRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
JESSICLA BARBOSA DUTRA		104.252.564-13	AUTÔNOMA
Endereço	Número	Complemento	
AVIA BOA VISTA	8493		
Bairro	Estado	CEP	
SANTA LÚZIA	RN	59584-000	
Email	Telefone (DDD)		
Mãe informar	(84) 98711-5930		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	BANCO Nome:	Nº:
1069	847716		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Natal/RN, 18 de julho de 2018.

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Jessicla Barbosa Dutra



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 RODA, 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 Ligue CIOSP: 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 2.7 Logradouro: RN-064
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP:
2.8 Número: SN 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JULYCE 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 Elétrica: Sem Informação 3.6 Mãe: MARIA APARECIDA CAVALCANTE COSTA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 10853195408 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 22/07/1998
3.13 Profissão: AUTONOMO 3.14 RG: 3074312 - FTEP/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: JESSICLA 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 Elétrica: 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 30A VISTA 4.2.16 Passaporte:
4.2.17 Número: 08 4.2.16 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 INCLUIDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULOS) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: 7.1.2 Seguradora: 7.1.4 Renavam: 00163337462
7.1.3 Chassi: 9C2KD04109R016707 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.5 Placa: NNUQ7326 7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ESD
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.10 Ano de Fabricação: 2009
7.1.9 Ano do Modelo: 2009 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.14 Número do Motor:
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSÉ FRACIMILDO PIMENTEL FREIRE
7.1.17 Nome do co-ditador:
7.1.18 Observações:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE/VÍTIMA COMPARÊCERU A ESTA D.P. P/ NOS INFORMAR QUE SEGUIA DE MOTO PELA RM-064 EM DIREÇÃO A SANTA LUZIA DE TOUROS JUNTAMENTE COM SUA NAMORADA JESSICLA BARBOSA DUTRA QUANDO, DE REPENTE, UM CAMINHÃO, QUE NÃO IDENTIFICAR, INVADIU A CONTRA-MÃO, 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 WALFRÉD GURGEL, SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NO COTOVelo E PÉ, UMA LESÃO NO JOELHO E ESCORIAS PELO CORPO, QUE A PESSOA DE JESSICLA BARBOSA DUTRA TEVE FRATURA NA CLAVÍCULA E ESCORIAS PELO CORPO, QUE O DECLARANTE PILOTAVA A MOTO ACIMA CITADA E QUE JESSICLA BARBOSA DUTRA VINDA DE CARONA, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações da CIOSP

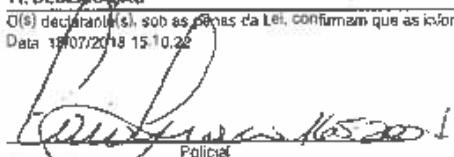
9.3 Outras Provvidências

REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 18/07/2018 15:10:22


Policial


Interessado

ARUANA SEGUROS!
21 SET 2018

Página 12



Atendimento: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO
Impresso por: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO em 18/07/2018 15:10:30
FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 22



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Jessica Barbosa Dutra</i>	CPF da Vítima <i>104.252.564-13</i>	Data do Acidente <i>08/10/2017</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

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 Lider 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

APENAS SEGUROS
21 SET 2018

Jessica Barbosa Dutra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Nº 5001 0001/2017



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



SAMU 192 RN
END: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRA VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
www.samu192rn.com.br



Técnicas Sociales de Pensamiento Crítico en la Escuela Secundaria 265

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Av. Menezes, 152, Bento Ribeiro, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
fone: (83) 3202-2000/2001-2111 Nroc. Ext. 20005798-5 | www.caren.com.br

ESTADO DO PIAUÍ

REFLEXÃO DA BIBLÉIA SOBRE O NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Rev. 1994 VIST 4 8493

CBF 007 961 674-09 N6 1021152500

SANTA LUZIA/ÁREA RURAL

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
BAJA RENDIMIENTO

ESTATE PLANNING

157.86

QUANTIDADE	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30.000000	0,26040554
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70.000000	0,36590694
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	120.000000	0,50847141
Consumo Ativo superior a 220 kWh	42.000000	0,50630135
Acrescimo Bandeira AMARELA		
Acrescimo 0,040 e VERDE-ALFA		
Contribuicao Fluminense Publica		
ICMS-PIAN-04-Subvencao/maçá		
Multa por atraso- INF 005300337- 1904/18		
Juros por atraso- INF 002603337- 1904/18		
Alta/Reduzir ICPM INF 005300332- 1904/18		

YUNIBEL S. de Freitas
Gestão de Arquitetura PFEZ
Mat. 143 388-0

100% DA MATERIA CAUSA ECONOMICA PREDIAL 757.88

Еще одна из причин, почему в России не получается решить проблему санаториев, — это то, что в стране нет традиций и культуры санаториев. В СССР санатории были очень популярны, но в России их мало. Важно отметить, что санатории должны быть доступны для всех, а не только для богатых. Для этого нужно создать условия, чтобы люди могли себе позволить посетить санаторий. Это может быть сделано через государственные программы поддержки, а также через частные инвесторов, которые могут создать санатории, которые будут доступны для всех.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PRODUÇÃO EM REDE					
Comparação entre a produtividade da rede e a produtividade da unidade centralizada					
Vendas	Produtos	Vendas	Volume	Capacidade	
250000	1000000	150000	120000	100000	

1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00
1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00
1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00
1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00
1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00	1-LEADER 10.00

ARTUANA S. G. JUKOS
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 pela 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 JESSICLA BARBOSA DUTRA inscrito(a) no CPF sob o Nº 104.252.564-13, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JESSICLA 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 Lider-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

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, Município de
Touros-RN, nº 03 complemento Zona Rural
, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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



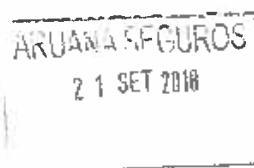
Reconheço a firma de Jose Francinildo Pimentel Freire e Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima
Por Autenticidade do que dou fé
Ceará-Mirim-RN 19 JUL 2018
Em nome de Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima



Jose Francinildo Pimentel Freire
Assinatura do Declarante



Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima





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 <i>UBS SANTA LÚCIA</i>	ESPECIALIDADE <i>ORTOPEDIA</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Jeimico Barbosa Dutra</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>01/11/88</i>		
NOME DA MÃE			
ENDERECO <i>R. Boa Vista, s/n, Santa Lúcia</i>			
SEXO <i>M () F ()</i>	CPF	IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE). <i>Paciente sofreu quebra de molar al patiente em clínica dentista p/ adhesive.</i>			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID <i>Cristina 52 6645</i>	CÓDIGO DO ATENDIMENTO	
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>TOUROS 09/01/18</i>	MÉDICO SOLICITANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO) <i>DR. JOSÉ</i>		

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

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

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

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



D

ARLÂNDIA SEGUROS

21 SET 2018

Di. Saciente: 26/03
Paciente: JESSICA BARBOSA DUTRA
-OSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 36/02/2017 19:33:45
Idade: 21 anos;
Téc. (o): VANILDO
CLAV. CULIA, AP
Tâm. real:

AV. SENADOR SALGADO FILHO, SIN - TIROL - NATAL / RN - CEP: 59015-350
TEL: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SAO@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



SEMAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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: 59564000 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	RESPIR	R.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	GTS	Realizado em:	R	A	I
	10x10	CONF	18/10/2017	CONF	20	11+	35	15	10				
			NATAL										
			MAT. N°										

HISTÓRIA - Causa/eficiente da lesão alegada

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

Hora: _____

Acidente de moto na estrada, em alta velocidade, no dia 08/10/2017.
Trajado de SAMU e chega rápido, caiu
(desconhecido)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A V.A Pé e, lumbosacral

B V.A lumbosacral

C Pulso clávula FC: 120

D ECG 15

E Dorsalgia clávula D + escoriações MSID

ARQUIVOS/SEGUROS

21 SET 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome retraído.
Cervicogástrica retro colo

Órgão Hospitalar de Epidemiologia

08/10/17

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Peltrum

*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTE DE FRANCA. Impresso em 08 de Outubro de 2017.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): Desconheço

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX Tórax AP

RX Abdome AP Verdadeiro

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT-0,5 c.c, IM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HK

ARIANA SEGUROS

21 SET 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

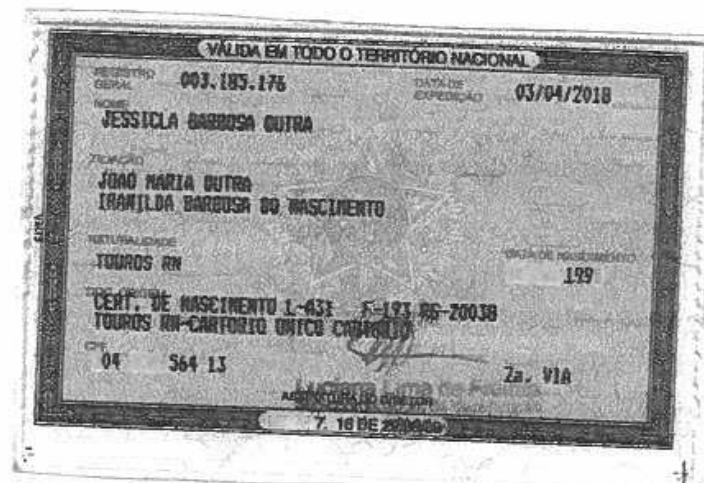
Assinatura e Carimbo do Responsável

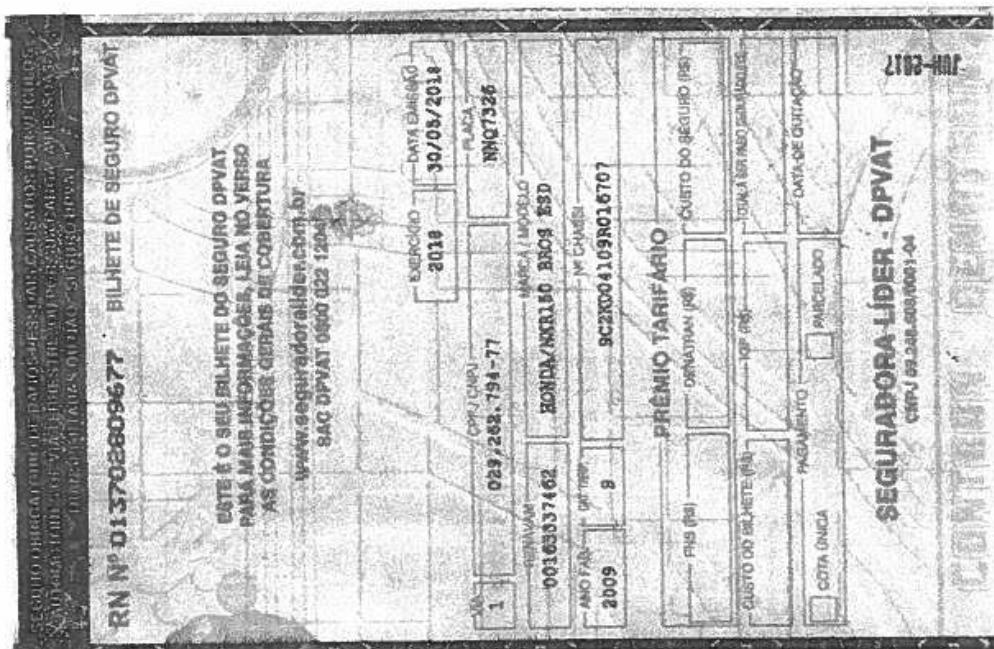
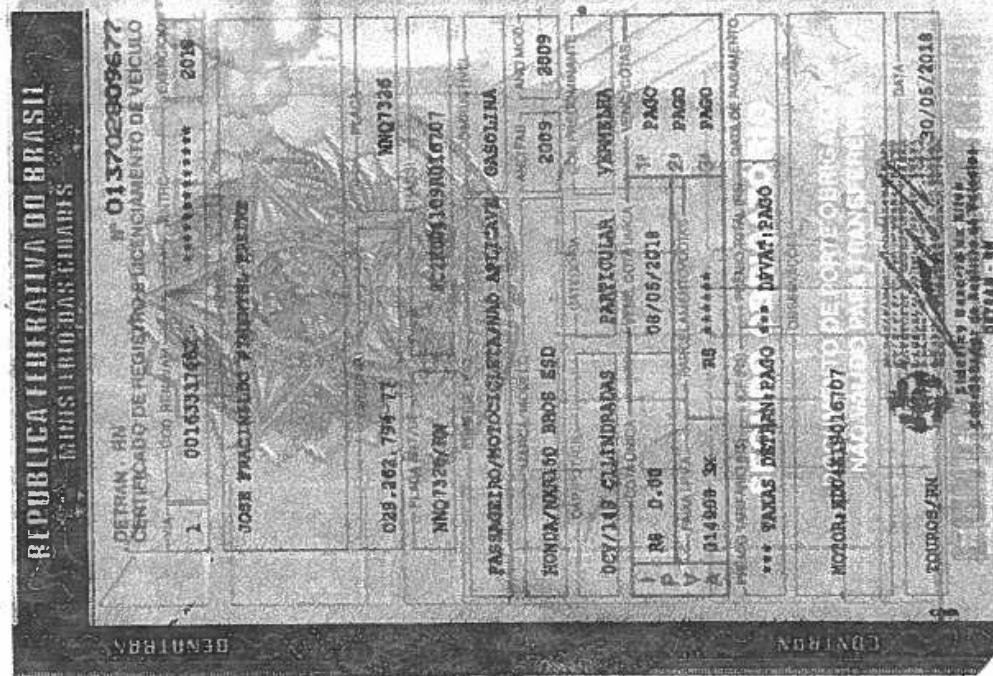
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>19:32</u>	DATA: _____
ESPECIALISTA 2: _____	HORA: _____	DATA: _____
ESPECIALISTA 3: _____	HORA: _____	DATA: _____

ESCALA DE TRAUMA DO TRAJAMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINAÇÃO	POSSIBILIDADE
1-159	4
9-179	3
5-89	2
4-59	1
3	0
10-299	-
300-599	0
5-19	2
1-9	1
0	0
2-199	4
200-599	3
500-999	2
1-97	1
0	0

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:			
ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***		LABORATÓRIO	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
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"/> ARUANA SEGUROS <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
21 SET 2018			
Médico (Carimbo)			
Desfazer essa tinta e entregar ao paciente após a sua liberação			
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:	





ARUANA SEGUROS

21 SET 2018