
Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587178

A/C: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170471885 ASL-0331969/17

Vitima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Data Acidente: 13/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL

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, 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, 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES NETO

Nº Sinistro: 3180082967

Vitima: JOSE RODRIGUES NETO

Data do Acidente: 16/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180082967**.

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



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES NETO

Sinistro: 3180082967

Vítima: JOSE RODRIGUES NETO

Data do Acidente: 16/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180082967** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta n°: 12578525

A/C: JOSE RODRIGUES NETO

Nº Sinistro: 3180082967
Vitima: JOSE RODRIGUES NETO
Data do Acidente: 16/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO

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 RODRIGUES NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000035

Conta: 000001181-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

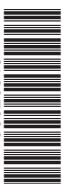
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

028.237.904-63

Nome completo da vítima

Jose Rodrigues Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Rodrigues Neto	028.237.904-63	Receuso
Endereço	Número	Complemento
Rua: Marechal Hermes	671	casa
Bairro	Estado	CEP
Bom Jardim	RE	59.638.360
Email	Telefone (DDD)	
	134199350-8771	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.
00 35

D/V

CONTA

N.R.O.
00004-121

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

18 de Janeiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

368-606958923-1

26/DEZ/2017 HORA DF 17:42:17

TERM: 048940

LOT: 17.23129-1
LOCALIDADE: MOSSORÓ
AG. VINCULADA: 3064 CONTROLE: 449704152

DÉPÓSITO EM DINHEIRO

0835 013 080001181-1

JOSE RODRIGUES NETO

VALOR :

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DÉPÓSITO

368-606958923-1

2º VIA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180082967
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Marechal Hermes, 671
Paredores Mossoro RN CEP: 59618-160
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CRM / RN] 6069
Data local do acidente: [16/11/2017]
Data local do exame: [10/03/2018] MOSSORO [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DO TORMOZOLO DIREITO (BIMALEOLAR)

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Complicações: ATUALMENTE APRESENTA LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS , APRESENTAVA EDEMA NO MOMENTO DA PÉRICA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

EDEMA NO LOCAL DA LESÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

VITIMA APRESENTAVA EDEMA IMPORTANTE NO LOCAL DA LESÃO, E APRESENTAVA LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

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

- VII. Segundo 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

TORMOZOLO - Lado Direito

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

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Marcel Rodrigues de Souza

Dr. Marcelo Rodrigues de Souza
MÉDICO CRM/RN-5063



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: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017065000206

1.2 Data de Expedição: 05/12/2017 11:32:19

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/11/2017 13:20:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: AVENIDA LESTE OESTE

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: S/N

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE Á COBAL

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE RODRIGUES NETO

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE UMBERTO DA COSTA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: SEBASTIANA NERY DE ARAUJO COSTA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 05/05/1977

3.13 Profissão: FRENTISTA

3.14 RG: 1717926 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999751375

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 671

3.18 Naturalidade: JUCURUTU RN

3.19 Bairro: BOM JARDIM

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA MARECHAL HERMES

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MZF3552

7.1.5 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.10 Ano de Fabricação: 2005

7.1.11 Cor do veículo: AZUL

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 RODRIGUES NETO

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSE RODRIGUES NETO

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE CONDUZIA A SUA MOTO NA VIA QUANDO O ACUSADO COLIDIU CONTRA A LATERAL DA SUA MOTO, VINDO A SE DESEQUILIBRAR E SOFRER UMA QUEDA; QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL TARCÍSIO MAIA; QUE DECLARA O REGISTRO DO PRESENTE BO PARA FINS PROTOCOLARES DE SOLICITAÇÃO DO PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT; QUE NÃO HOUVE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL CONTRA O ACUSADO NESTA DP; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

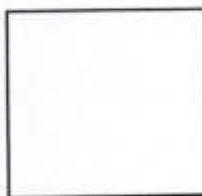
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 05/12/2017 11:32:19

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 05/12/2017 11:32:24

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

José Rodrigues Neto

028.237.904.65

16.11.2014

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 Junho de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 830

Mossoró 05 de Dezembro de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **MARCIO VALERIO LIMA DE MEDEIROS, 34 anos, RG: 002.290.876** passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 23

Nome do Paciente: JOSE RODRIGUES NETO, 40 anos.

Data: 16/11/2017

Local da ocorrência: Paredões, próximo ao Frigorífico Serra Boi.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 01.

Hora do Chamado: 13h 52min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.


Silvania do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró


Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU - Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

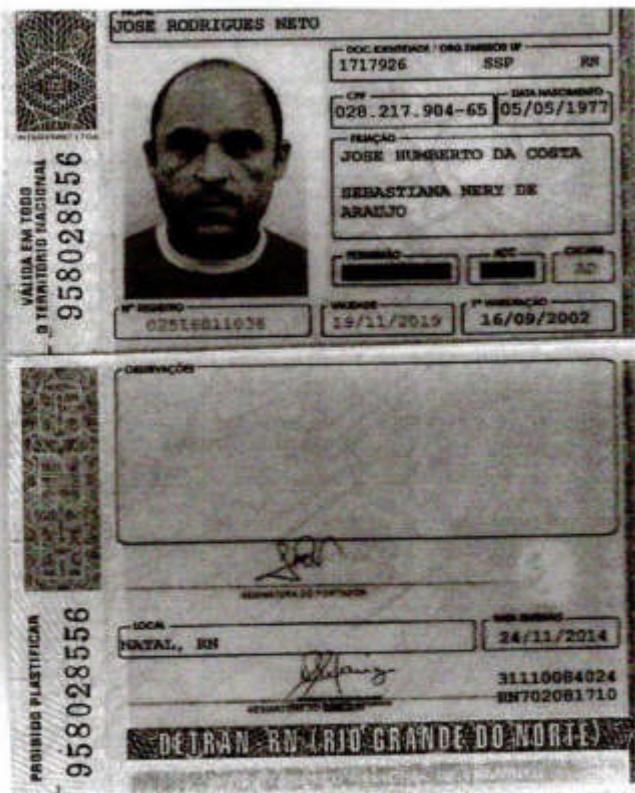
CLIENTE: JOSE RODRIGUES NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 00000001181-1

Nr. da Autenticação F987A20F9AC93FA9



TIM

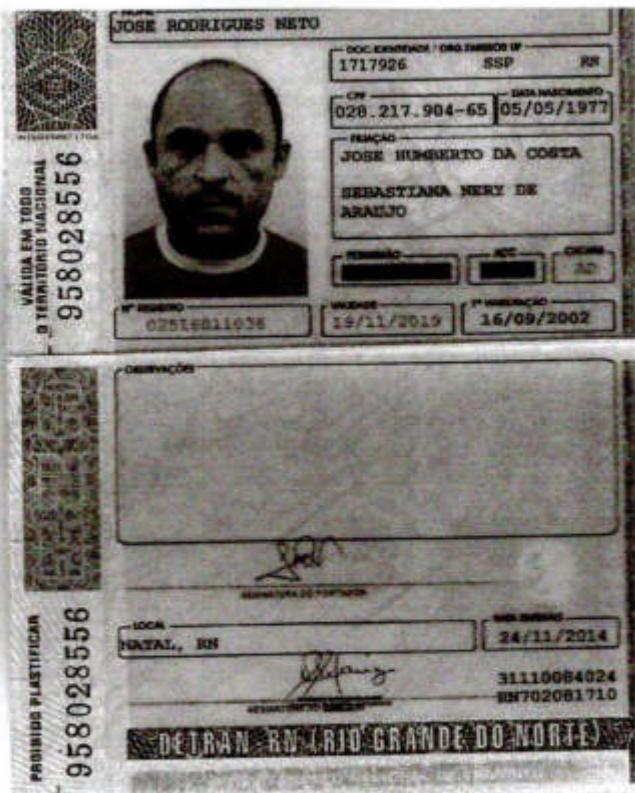


CTC SANTO ANDRE SPM PL6
JOSE RODRIGUES NETO
R MARECHAL HERMES 671 BOM JARDIM
PAREDOES
59618-160 - MOSSORÓ - RN



9979 - 1375





TIM



CTC SANTO ANDRE SPM PL6
JOSE RODRIGUES NETO
R MARECHAL HERMES 671 BOM JARDIM
PAREDOES
59618-160 - MOSSORO - RN



9979 - 1375





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senator Belisário Filho, 1266, Tirui, CEP 59013-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 204601425-3

Audit. Central (84) 3232-4432 | Corrida: (84) 3232-4305

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO
Av. 8 de Setembro, 1000 - Centro - Mossoró - RN - 59000-000
CEP: 59000-000 - Lote: 1111 - Área: 0001
08000-840195
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/09/2017 AS 10:09:15

MATRÍCULA: 2682216 MÊS/ANO: 10/2017

DAOS DO CLIENTE

MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO
RUA MAL. HERMÉS, N 671 - BOM JARDIM MOSSORÓ RN 59600-000

RESUMO	NOTA	RES-NOTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
			RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
301.063,275.062,000	6	1996	1
HIDROMETRO Y165501876	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	

CONSUMO ÁGUA (CH3): 3 DATA LEITURA: 26/09/2017
LEIT. ATUAL: 12
LEIT. ANT.: 9
DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
09/2017 1	07/2017 1	05/2017 0	04/2017 0			1
08/2017 3	06/2017 1					

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	3 H3	38,32
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA	26,82	
MULTA P/ IMPORTE ALTADE 08/2017	1,34	
JUROS DE MORA 06/2017	0,66	

FATURAS EM ATRASO

REF	201707	66,66
	REF 201708	68,3

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	65,14	1,65	1,07
COFINS	65,14	7,6	4,95

VENCIMENTO: 01/11/2017 TOTAL A PAGAR: 67,14

A CAERN ESTÁ ATUALIZANDO OS DADOS CADASTRAIS DOS SEUS USUÁRIOS
COLABORE COM O NOSSO CADASTRISTA. OU ACESSE WWW.CAERN.COM.BR

QUADRO DE REFERÊNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA DO POCO					
Parâmetros	Turbidez	pH	CrHf, Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (mEq/L)
MPN e Radiometria	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% da Ausência	0,2 a 0,8 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Objetivo	1,13	7,56	100,0 %	1,29	-

826700000000 1 67140006301 0 00268221601 1 10201710003 7



MATRÍCULA 2682216	MÊS/ANO 10/2017	VENCIMENTO 01/11/2017	TOTAL A PAGAR 67,14
----------------------	--------------------	--------------------------	------------------------



COMPROVANTE DA CAERN



1467674726

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO

06/04/2017

LOCAIS

MOSSORÓ, RN

78391182466

RK702595766

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 reseguro.

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 Jeanne Selma Kelly de Figueiredo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.395.264-60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Rodrigues Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.247.904-66, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Rodrigues Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.247.904-66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Pescador Renda: Pescador e apresento os documentos comprobatórios:
Pescador

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.

Entendo a cópia do campo.

Endereço Rue: Marechal Hermes	Número 671	Complemento casa
Bairro Bom Jardim	Cidade Mossoro	Estado RN
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV 2018
PROTÓCOLO
AG.: NATAL



Ato medicalizado

REGISTRO N°

2.621.941

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: José Rodrigues Mota D.N. 05.05.1977 Idade: _____
Profissão: _____
Endereço: Rua: Tarçisio Vasconcelos 671 Cartão SUS n° _____
Cidade: Mossoró Bairro: B. JARDIM
Filiação: Mãe: Sabrina Nef: de Pal: _____
U.F. RN Fone: _____

Data: 16/11/17 Hora: 12:11 A.C.C.R.: _____

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

Parciante vítima de colisão moto-moto há cerca de 1 hora. Traído pelo S1M0 fora do protocolo. No momento do acidente o paciente utilizava capacete, canga perdida de courcimênia. Negava óbito. Referindo dor em tornozelo direito, além de ferimento contuso-contuso, com cedimento.

Alívio a DIPIRONA, DICLOFENACO, BENZETACIL.

DT LR 1,5 L

- EXAME FÍSICO

- 1 - Vias aéreas patentes, sem cianose/oxigenação
- 2 - Espasmódico. Tono muscular espasmodônico, indolor;
- 3 - Exame neurológico normal.
- 4 - Glasgow 15
- 5 - Encofilação em galho da perna direita. Fixamento contuso-contuso no topo distal da perna direita.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

BRUNO

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fratura de tornozelo (?)
Fixamento contuso na perna direita.



- CONDUTA MÉDICA

Data: 16 / 11 / 17

Hora: 14:21

Solicita radiografía;

Solicito exaltación de la autoridad

* October 16/2019. 13h

Prof. Umar Asif Motahar

~~Don't give us so much gin~~

S. Johnson

- B: Gr. Tnd Dc.

Abi. Fosters Gets 2 to T/F D.

PREScrição MÉDICA

MAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU MOSSORÓ 09/11/2016

SAME/AROUND

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PRONTO SOCORRO

INTERVENÇÃO HOSPITALAR / TRANSFERÊNCIA / OUTROS (PESQUISA)

విషయాలు

Hora:

**D^r Vicente Andrade
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 3592 - TEOTTO 0481**





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Evolução e Prescrição Médica

Nome: José Rodrigues Neto 40 anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 306 Leito: 05
DATA DE ADMISSÃO: 16/11/17 Procedência: Mossoró-RN

DATA	EVOLUÇÃO
21/11/17	<p>#5 DIH:Fx exposta do tornozelo D ALÉRGICO A DIPIRONA, AAS E VOLTAREM. Sem queixas no momento da visita. Diurese mantida. Evacuações presentes. Exame NRV preservado</p> <p>CONDUTA: ATB EV Emitido SISREG Pre-op OK! Aguardo ECG Aguarda cirurgia definitiva</p>

DATA	PREScrição	HORÁRIO
1	Dieta livre	
2	SF 0,9% 1000ml + 1000 SRL EV nas 24h	
3 D5	Cefazolina 1 g EV 6/6h	
4	Paracetamol 500 mg VO 6/6h	
5	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h S/N	
6	Plasil 1amp + 18 mL ABD EV 8/8h S/N (lento)	
7	Omeprazol 40 mg + diluente, EV, 1x/dia em jejum	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL
8	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1x/dia	SAME MOSSORÓ 16/11/2017
9	SSVV+CCGG	SAME/ARQUIVO
10	Curativo diário	
11	Manter MID elevado	

R. Haniel Fernandes da Silveira
Ortopedista e Traumatologista
Médico de Trabalho
CRM-RN 10.000 / CRM-CE 5701





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome José Rodrigues NETO Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: FEATURH NO TECNOCEZO D - EXP.

Indicação terapêutica: TRAT - CIRURGICO

INTERVENÇÃO

Início: 01/11/2017 Fim: Duração:

Operador VICENTE COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

1º Auxiliar: JOÁC 21 FEV 2018

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: YNDIRA - SULCELENE AG.: NATALIE ARLINE

Anestesista: LANA

PROTÓCOLO

AG.: NATALIE ARLINE

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

1- PACIENTE EM DO SOB ANESTESIA 2- LAVAGEM
DA FERIDA C/ PRPS E SF 3- ASSEPSIA E
ANTISSEPSIA 4- DESBRIDAMENTO DA FERIDA
E LAVAGEM C/ SF 99% 5- SINTESA 3 A
FERIDA 6- COBERTURA 6- TIDA GETSA DT

2017
C.R.M. N. 2517

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 04/12/2017

SAME/ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: JOSE RODRIGUES NETO IDADE: _____ N° REG: _____
SERVIÇO: _____ ENF: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

QDT 16-11-2017 17:30

PAUTA: C/ BUR E SANGRAMENTO NO TORNOCO
ESTO D.

TRATOU-SE EM ACIDENTE DI TRANSITO
EVOLUÇÃO: 2 HORAS

VIGIL. CONSEQUENTE - EM MACHA HOSPITALAR

TORNOCO D.

LESÃO DE BORDOS IRREGULARES SANGRANTES
COM PERDA DE TECIDOS E EXPOSIÇÃO
OSSEA - FACE LATERAL.

RADIOS: LESÃO BIMACULAR

DIAG: FRACT. DO TORNOCO D) - EXPOSIC.

CONCLUSÃO

- INTERNAGÃO P/ TRAT. CIRÚRGICO -

RECABIDO OS S. S. 00
CRA. N. 2.517



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 04/12/2012

SAME/ARQUIVO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

194116

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.R.F.M.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dra. Rodriguez Mto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700502762919851

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/05/1977

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Sebastiana Nelly de Souza

12 - FONE DE CONTATO
DDD Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Joaquim Hora, 671

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pernambuco

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOOR + SANGRAMENTO NO TORNOCO)
 TRAUMA EM ACIDENTE DE TRÂNSITO
 LESÃO CORPO-CONTRATO SANGUINANTE e/ ex post
 OSSEOS -

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRAUT. CIR. DE EMERGÊNCIA



22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TRAUT. DO TORNOCO) - EXP

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRAUT. CIR. GRC

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

TA - ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

RMEG -

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

2179-1815-093-191

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

José Francisco de S. Neto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/01/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-NP-2517

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

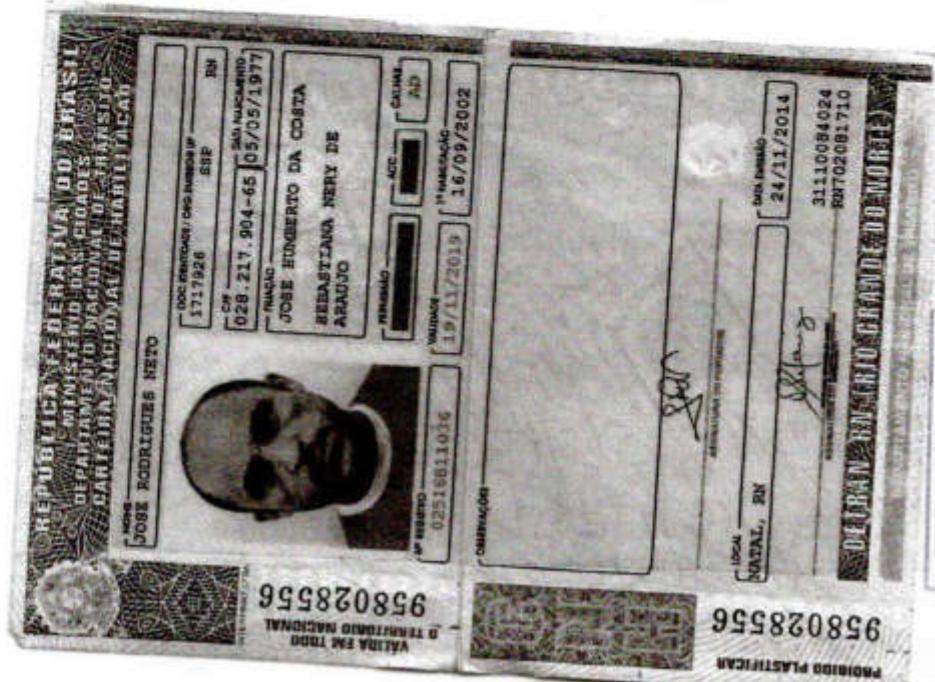
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 04/12/2017

SAME/ARQUIVO



A rectangular stamp with rounded corners containing the text "COMPREV" at the top, followed by "COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A" in a larger font. A blue ink signature is written across the center of the stamp.



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senator Belisário Filho, 1266, Tirui, CEP 59613-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 204601425-3

Audit. Central (84) 3232-4432 | Corrida: (84) 3232-4305

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO
Av. 8 de Setembro, 1000 - Centro - Mossoró - RN - 59600-000
CEP: 59600-000 - Lote: 1111 - Área: 0001 - Unidade: 0000
08000-840195
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/09/2017 AS 10:09:15

MATRÍCULA: 2682216 MÊS/ANO: 10/2017

DAOS DO CLIENTE

MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO
RUA MAL. HERMÉS, N 671 - BOM JARDIM MOSSORÓ RN 59600-000

RESUMO	NOTA	RES-NOTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
301.003.275.002.000	6	1996	1
HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO
Y165501876	LIGADO		LIGADO

CONSUMO ÁGUA (CB3): 3 DATA LEITURA: 26/09/2017
LEIT. ATUAL: 12
LEIT. ANT.: 9
DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
09/2017 1	07/2017 1	05/2017 0	04/2017 0			1
08/2017 3	06/2017 1					

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	3 HB	38,32
CONSUMO DE ÁGUA		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA	26,82	
MULTA P/ IMPORTE ALTADE 08/2017	1,34	
JUROS DE MORA 06/2017	0,66	
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ESGOTO	26,82	
MULTA P/ IMPORTE ALTADE 08/2017	1,34	
JUROS DE MORA 06/2017	0,66	

FATURAS EM ATRASO

REF	201707	66,66
	REF 201708	68,3

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	65,14	1,65	1,07
COFINS	65,14	7,6	4,95

VENCIMENTO: 01/11/2017 TOTAL A PAGAR: 67,14

A CAERN ESTÁ ATUALIZANDO OS DADOS CADASTRAIS DOS SEUS USUÁRIOS
COLABORE COM O NOSSO CADASTRISTA. OU ACESSE WWW.CAERN.COM.BR

QUADRO DE REFERÊNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA DO POCO					
Parâmetros	Turbidez	pH	CrHf, Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (mEq/L)
MPN e Radiometria	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% da Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Objetivo	1,13	7,56	100,0 %	1,29	-

826700000000 1 67140006301 0 00268221601 1 10201710003 7



MATRÍCULA 2682216	MÊS/ANO 10/2017	VENCIMENTO 01/11/2017	TOTAL A PAGAR 67,14
----------------------	--------------------	--------------------------	------------------------



COMPROVANTE DA CAERN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 10459 // 00556 NO 013250647216
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.NTR.C. / EXIBUÇÃO
1 003495 70135 ***** 2017

JOSE SOARES NEVES

NOME

CPF / CNPJ: 020.217.904-65 PLACA: MZF 3552
PLACA ANT / W: CHASH
DATA MUNICÍPIO / NÚC. DE PROPRIETÁRIO / NÃO AUT. PAGAVÁ: 9-02-RC000057813314
EXPIRE DE 100: CONFIDENCIAL

MARCA / MODELO: GASOLINA / ANO FAB. 1 / A 10 MOD.
ITONDA / CG: 150 TITAN / 2005
CAP / PONT / CR: 0 CV / 149 CILINDRADAS / CATEGORIA: C
CATEGORIA: C / CON PLATEIRANTE: 2005

VEIC. UNICA: VENC. OCTA ÚNICA: 1º TETO
PES: 0,00 VENC. OCTA ÚNICA: 2º TETO
PES: 002.008,72K VENC. OCTA ÚNICA: 3º TETO
PES: 000.000,00K PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAZAS DE PAGAMENTO: PAGO + * DPVAT: PAGO
OBSERVACOES:

NOTA: NC000055014314
DATA LOCAL: 27/03/2017

DATA: 27/03/2017
DATA LOCAL: 27/03/2017
DATA DE PAGAMENTO: 27/03/2017
DATA DE VENCIMENTO: 27/03/2017
PARCELADO:

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES QUE RESIDE DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013250647216 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: 2017 DATA EMISSÃO: 27/03/2017

VIA: 020.217.904-65 PLACA: MZF 3552
RENAVAM: 00349570115 MARCA / MODELO:
00049570115 HONDA/CB 150 TITAN ES
ANO FAB.: 2005 NF CHASSI:
2005 9 SC2X0085058814014

PRÊMIO TARIFÁRIO: DATA DO SEGURO (RS): CUSTO DO SEGURO (RS):
FIM: 180

CUSTO DO BILHETE (RS): 100 (RS) TOTAL (RS): 100 (RS)
PAGAMENTO: DATA DE VENCIMENTO:
DATA DA VENCIMENTO: DATA DE OUTAÇAO:
DATA DA VENCIMENTO: PARCELADO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/05.248.6000001-04

2018-NV

CONTROLE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082967 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES NETO **Data do acidente:** 16/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

Descrição do exame médico pericial: EDEMA NO LOCAL DA LESÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

Resultados terapêuticos: DATA DA ALTA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PACIENTE COM EDEMA NO LOCAL DA LESÃO E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

COMPLICAÇÕES: ATUALMENTE APRESENTA LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS , APRESENTAVA EDEMA NO MOMENTO DA PÉRICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: maxwuel rodrigues de souza

CRM do médico: 6069

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063382/18
Vítima: JOSE RODRIGUES NETO
CPF: 028.217.904-65

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/11/2017
Titular do CPF: JOSE RODRIGUES NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE RODRIGUES NETO : 028.217.904-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO : 032.395.204-60

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2018
Nome: MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO
CPF/CNPJ: 032.395.204-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2018
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082967 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES NETO **Data do acidente:** 16/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta de tornozelo direito submetido a tratamento cirúrgico

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Jose Rodrigues Neto

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado

Profissão: Treintista Identidade: 003.737.926

Endereço: Rua Marechal Hermes, 675 - Bom Jardim - Niterói - RJ

PROCURADOR:

Nome: Maria Joênia Kelly de Oliveira

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Sóteira

Profissão: Funcionária Pública Identidade: 1653927

CPF: 032.395.206-60

Endereço: Rua Marechal Hermes, 675 - Bom Jardim - Niterói - RJ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações, bem como, levantar valores decorrente da indenização do Seguro DPVAT, junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal ou Bradesco ou qualquer outra agência credenciada, podendo ainda assinar, dar e receber quitação, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

ASSÚ,RN 22/12/2017
Local e data

1º OFÍCIO

José Rodrigues Neto

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

