

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: RAPHAELLA 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Carta nº 12420736



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 nº: 12578525

A/C: JOSE RODRIGUES NETO

Nº Sinistro: 3180082967
Vítima: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

028.217.904-65

Nome completo da vítima

Jose Rodrigues Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Jose Rodrigues Neto</u>		CPF titular da conta <u>028.217.904-65</u>	Profissão <u>Recuso</u>
Endereço <u>Rua: Marechal Hermes</u>		Número <u>671</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Bom Jardim</u>	Cidade <u>Nasoro</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>59.618-160</u>
Email		Telefone (DDD) <u>13419-9852-8771</u>	

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)

AGÊNCIA NRO. <u>0035</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>1</u>	CONTA NRO. <u>00001134</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>1</u>
--	-----------------	--	-----------------

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <u></u>	NRO. <u></u>
AGÊNCIA NRO. <u></u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <u></u> (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.

Nasoro RJ 18 de Janeiro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
PROTOCOLO
AG.: NATAL

Lot

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

300-606958923-1

26/DEZ/2017

HORA DE 17:42:17

TERM: 048940

LOT: 17.23129-1
LOCALIDADE: MOSSORO
AG. VINCULADA: 3064

CONTROLE: 449704152

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0035 013 00001181-1

JOSE RODRIGUES NETO

VALOR :

6

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

300-606958923-1

2ª VIA

CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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
Paredões 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 TORNOZELO 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 PÉRICIA
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?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

VÍTIMA 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- 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

Maxwell Rodrigues de Souza

Dr. Maxwell Rodrigues de Souza
MÉDICO CRM/RN - 6069



Gov^o 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
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 05/12/2017 11:32:19
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/11/2017 13:20:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: AVENIDA LESTE OESTE
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE À COBAL
2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ RODRIGUES NETO
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: FRENTISTA
3.15 Telefone(s): 84 999751375
3.17 Número: 671
3.19 Bairro: BOM JARDIM
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.2 Estado civil: União Estável
3.4 Pai: JOSE UMBERTO DA COSTA
3.6 Mãe: SEBASTIANA NERY DE ARAUJO COSTA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 05/05/1977
3.14 RG: 1717926 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: JUCURUTU RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA MARECHAL HERMES
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
7.1.3 Chassi:
7.1.5 Placa: MZF3552
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2005
7.1.11 Cor do veículo: AZUL
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE RODRIGUES NETO
7.1.17 Nome do condutor: JOSÉ RODRIGUES NETO
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES
7.1.10 Ano de Fabricação: 2005
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

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 HOUE 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



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

Jose Rodriguez 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 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.

João da Silva, 18 de Janeiro de 2018
Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 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 Antonio – 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: 000000001181-1

Nr. da Autenticação F987A20F9AC93FA9



JOSE RODRIGUES NETO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO TÍTULO: 1717926 SSP RN

CPF: 028.217.904-65 DATA NASCIMENTO: 05/05/1977

IRACAO: JOSE HUMBERTO DA COSTA

SEBASTIANA NERY DE ARAUJO

PRIMEIRO: [] APO: [] OUTRO: []

Nº INSCRICAO: 02518211038 VIGENCIA: 19/11/2019 P. EXERCICIO: 16/09/2002

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: NATAL, RN DATA: 24/11/2014

31110084024 RN702081710

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 958028556

PROIBIDO PLASTIFICAR 958028556

TIM



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



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV 2018

PROTOCOLO

AG.: NATAL

9975 - 2375



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Balgado Filho, 1265, Tirol, CEP 59013-000
CNPJ: 08.334.385/0001-55 / INSC. Estadual: 20905.425-3
Admin. Central (64) 3232-4432 / Ovidiosa: (64) 3232-4302

PROPOSTA DE ATENDIMENTO
Nº 001/17
08000-840195
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/09/2017 ÀS 10:09:15

BATÍCULA: 2682216 MÊS/ANO 10/2017

DADOS DO CLIENTE

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

REGISTRO	NOTA	SER. NOTA	QUANTIDADE DE ECONOMIA
301.003.275.003.000	6	1996	RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÁVULO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	
Y1655018/6	LIGADO	LIGADO	

CONSUMO ÁGUA (H3): 3 DATA LEITURA: 26/09/2017
LEIT. ATUAL: 12
LEIT. ANT.: 9
DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

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

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 H3	38,32
ESGOTO		
70.0% DO VALOR DE ÁGUA		26,82
MULTA P/IMPONTUALIDADE 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 CÁLCULO	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 ESTA ATUALIZANDO OS DADOS CADASTRAIS DOS SEUS USUÁRIOS COLABORE COM O NOSSO CADASTRISTA. OU ACESSSE WWW.CAERN.COM.BR

Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (mg/L)
VSP e Ressecamento	≤ 5.0 uT	6.0 a 8.5	% de Atenuação	0.2 a 2.0 mg/L	≤ 10.0 mg/L
Valores Obtidos	1.13	7.58	100.0 %	1.29	---

82670000000 1 67140006301 0 00268221601 1 10201710003 7



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



COMPROVANTE DA CAERN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DECLARAÇÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA
CARTÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA

NOME: MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO

DOC. IDENTIFICADOR / ORG. EMISSOR: 1653927 SSP RN

CPF: 032.395.204-60 DATA NASCIMENTO: 08/12/1978

FILIAÇÃO: ANTONIO BASILIO DE FIGUEIREDO MARIA DEUSA DE AZEVEDO FIGUEIREDO

PERMISSÃO: ACC: CRIAR: AN

Nº REGISTRO: 04032758116 VIGÊNCIA: 05/06/2022 1ª HABILITAÇÃO: 15/02/2007

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1467674726

OBSERVAÇÕES: A /

ASSINATURA DO TITULAR: _____ DATA EMISSÃO: 06/04/2017

LOCAL: NOSSORO, RN

78391182466 RN702595766

PROIBIDO PLASTIFICAR 1467674726

RIO GRANDE DO NORTE



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/BIBLIOTECASWEB/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 Maria Isolda Kelly de Figueiredo inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.395.204 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Rodrigues Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.247.904 / 65 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima José Rodrigues Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.247.904 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios: Recuso

☒ 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		Número	Complemento
<u>Rua: Marechal Hermes</u>		<u>671</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Bom Jardim</u>	<u>Jussoro</u>	<u>RJ</u>	<u>59.600-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Jussoro, RJ, 18 de Janeiro de 2017
Local e Data

21 FEV 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Maria Isolda Kelly de Figueiredo
Assinatura do Declarante



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2.621.941

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: JOSE RODRIGUES NETO D. N. 05/05/1977 Idade: 41
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: MARCELO LOPES 671 Bairro: 3. JARDIM
Cidade: MOSSORO U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Substiana Nery de Souza Pai:

Data: 16/11/17 Hora: 18:11 A.C.C.R.:

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

Paciente vítima de colisão moto-moto há cerca de 1 hora. Tra-
zido pelo SAMU fora do protocolo. No momento do acidente o
paciente utilizava capacete, com perda de consciência. Neg. tra-
umatis. Refirindo dor em tornozelo direito, além de
ferimento contuso, com curativo.

Alérgico a DIFENAMINA, DICLOFENACO, BENZETACIL.

IT Im 1,5 L.

- EXAME FÍSICO

- A - Vias aéreas permeáveis, sem crepitações
1 - Exame físico: Tórax simétrico, expansível, indolor;
- Exame hemodinâmico normal.
2 - Glasgow 15.
3 - Exame físico: em palma da mão direita. Ferimento contuso
em terço distal da perna direita.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fratura de tornozelo (?)
ferimento contuso em perna direita.



Hora: 14:21

Solicito Gratificação da Transcrição

* October 16/11/19. 25h.

Det. Using the Atomic Molecular

Doc + Fido do Tonho 9/11

S/ Carlson

- B. Fort. TN & DC

Sp: *Fraxinus beryllia* 200 T/7 15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	<p>① MTO GAST 2000.000</p> <p>PI Deu</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>100 Curo de lano</p>			

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 9/17/20

~~SAVING MOSSORI~~

SAME/ARQUIVO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PRONTO SOCORRO

vacões:

☒ INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOTUARI

Hora:

2

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEB 2018

Identificação Médica

Protocolo
AG.: NATAL



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	#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 CONDUTA: ATB EV Emitido SISREG Pre-op OK! Aguardo ECG Aguarda cirurgia definitiva

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	
8	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1x/dia	
9	SSVV+CCGG	
10	Curativo diário	
11	Manter MID elevado	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME/ARQUIVO

Dr. Manoel Fernandes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM-CE 9701





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome JOSE RODRIGUES NETO Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DO TOAROCERO D - EXP.

Indicação terapêutica: TRAT - CIRÚRGICO

INTERVENÇÃO

PM 16-11-2017

Início: _____ Fim: _____

Operador VICENTE

1ª Auxiliar: JOÃO

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ YNDIRA - DULCELORE

Anestesista: LANA



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 ☒ Contaminada () Infectada

1- PACIENTE EM DO SOB ANESTESIA 2- LAVAGEM
DA FERIDA C/ PVPS E SF 3- ASSEPSIA E
ANTISSEPSIA 4- DESBRIDAMENTO DA FERIDA
E LAVAGEM C/ SF 99% 5- SÍNTESE DA
FERIDA E COBERTURA 6- TALA GESSADA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/11/2017
SAME/ARQUIVO

João Farias da S. Neto
C.R.M. Nº 2.517



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: JOSÉ RODRIGUES NETO IDADE: Nº REG: SERVIÇO: ENFº: LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

16.11.2017 17:30

Paciente c/ dor e sangramento no tornozelo D.

Trauma em acidente de trânsito
Evoluiu: 2 horas

Vigil. Consciente. Em maca hospitalar
Tornozelo D.

Lesão de bordos irregulares sangrantes
com perda de tecidos e exposição
óssea. Face medial.

Radiol: Lesão bimalar

Diag: Frat. do tornozelo D - exposta

Conduta

- Internação p/ trat. cirúrgico

José Francisco de S. Maia
CRM: 2517



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME/ARQUIVO

19.4.16

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. T. M.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Rodrigues Neto

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 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Sebastião Nery de Araújo

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Manoel H. H. M. 671

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DR. + SANGRAMENTO NO TORNOZELO
TRAUMA EM ACIDENTE DE TRÂNSITO
LESÃO CORTO-CONTUSA SANGRANTE c/ EXPOSIÇÃO
OSSE.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRAT. CIR. DE EMERGÊNCIA

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

RADIOGRAFIAS

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRAT. DO TORNOZELO - EXP

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRAT. CIRURGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

TRA-ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

EMERG.

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

2791-8151-995-191

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João Roberto de S. Neto
C.R.O. Nº 2.517

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/01/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
21 FEV 2018
PROTOCOLO
AG.: NATAL

DETRAN - RN 10459 / 00556 Nº 013250647216		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA		COD. RENAVAM	R.N.T.R.C
1	00849570115	*****	2017
NOME			
JOSE RODRIGUES NETO			
			
CPE / CNU		PLACA	
028.217.904-65		MZE3552	
PLACANT / NF		CHASSI	
MZE3552/RN		903K0050SR014114	
Especie tipo			
VEICULO / MODELO / ANO / MARCA / MODELO			
HONDA / CG 150 TITAN ES			
ANO / FAB		ANO / MOD	
2005		2005	
COR PREDOMINANTE		COR	
AZUL		2005	
CATEGORIA		PARTICULAR	
CPL / POT / CIL		0CV/149 CILINDRADAS	
COTA UNICA		VEND. COTA UNICA	
R\$ 0.00		27/03/2017	
PARCELAMENTO / COTAS		1º 18MISO	
2º 18MISO		3º 18MISO	
FAVCA / IPIVA		R\$ 002.808,3X	
PREMIO TARIFFARIO (R\$)		IOF (R\$)	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*** TAXAS DE EMISSÃO		DEBITO PAGO	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: K00855614314 DE PORTE OBRIGATORIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
			
NATAL/RN		DATA	
27/03/2017			



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Balgado Filho, 1265, Tirol, CEP 59013-000
CNPJ: 08.334.385/0001-55 / INSC. Estadual: 20905.425-3
Admin. Central (64) 3232-4432 / Ovidiosa: (64) 3232-4302

PROPOSTA DE ATENDIMENTO
Nº 001111-111111-111111
08000-840195
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/09/2017 ÀS 10:09:15

BATÍCULA: 2682216 MÊS/ANO: 10/2017

DADOS DO CLIENTE

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

REGISTRO: 301.003.275.003.000 ROTA: 6 SÉRIE: 1996 QUANTIDADE DE ECONOMIA: 1

HIDRÔMETRO
Y1655018/6

SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO
LIGADO

CONSUMO ÁGUA (H3): 3

DATA LEITURA: 26/09/2017
LEIT. ATUAL: 12
LEIT. ANT.: 9
DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

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

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

3 H3 38,32

ESGOTO

70.0% DO VALOR DE ÁGUA

26,82

MULTA P/IMPONTUALIDADE 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 CÁLCULO

PERCENTUAL(%)

VALOR DO IMPOSTO

PIS

65,14

1,05

1,07

COFINS

65,14

7,6

4,95

VENCIMENTO:

01/11/2017

TOTAL A PAGAR:

67,14

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

Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (mg/L)
VSP e Recondicionamento	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Atenuação	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Críticos	1,13	7,58	100,0 %	1,29	---

82670000000 1 67140006301 0 00268221601 1 10201710003 7



BATÍCULA
2682216

MÊS/ANO
10/2017

VENCIMENTO
01/11/2017

TOTAL A PAGAR
67,14



COMPROVANTE DA CAERN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DECLARAÇÃO NACIONAL DE RESÍDUO
CARTELA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MARIA JOELMA KELLY DE FIGUEIREDO

DOC. IDENTIFICADOR / ORG. EMISSOR IF
1653927 SSP RN

CPF
032.395.204-60 DATA NASCIMENTO
08/12/1978

RENÇÃO
ANTONIO BASILIO DE
FIGUEIREDO
MARIA DEUZA DE AZEVEDO
FIGUEIREDO

PERMISSÃO
ACC
CRIMAR
AN

Nº REGISTRO
04032758116

VALIDADEZ
05/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
15/02/2007

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1467674726

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467674726

OBSERVAÇÕES
A /

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
06/04/2017

78391182466
RN702595766

RIO GRANDE DO NORTE



DENATREN

DETRAN - RN 10459 // 00556 Nº 013250647216
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA	CÓD. RENUNAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	00849570115	*****	2017

VOLUME 10

JOHN BARTLETT'S TEST

020.217 904-65	CH / CUP	PLACA	MW3552
----------------	----------	-------	--------

PLACA ANT / UF	CHASSI
MZF3552/RH	9C2R00305R014314

EXPER. TYP.	COMBUSTIBLE
MAGNETIC/MONOLITH/NAO	COAL/COAL

MARCA / MODELO	ANO FABR	ANO MOD
AM/CG 150 TITAN ES	2005	2005

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	CON PREBENDANTE
149 CILINDRADAS	PARTICILAR	A-EL

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
0.00	27/01/2017	1º TERMO

	2º	3º
Faixa LPVA	Facilitamento / Cotas	RE *****
		RE *****

TOTAL ALIVO (R\$)	KH (R\$)	PRIEMO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
TAXAS DETRIN:	RAGO **	DEPATE PAGO	

DATA	LOCAL	PROBLEMA	CAUSAS	SOLUÇÃO	OBSERVAÇÕES
10/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
11/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
12/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
13/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
14/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
15/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
16/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
17/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
18/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
19/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
20/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
21/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
22/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
23/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
24/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
25/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
26/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
27/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
28/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
29/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
30/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
31/05/2011	1000	1000	1000	1000	1000
01/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
02/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
03/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
04/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
05/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
06/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
07/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
08/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
09/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
10/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
11/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
12/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
13/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
14/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
15/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
16/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
17/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
18/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
19/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
20/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
21/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
22/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
23/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
24/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
25/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
26/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
27/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
28/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
29/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
30/06/2011	1000	1000	1000	1000	1000
01/07/2011	1000	1000	1000	1000	1000
02/07/2011	1000	1000	1000	1000	1000
03/07/2011	1000	1000	1000	1000	1000
04/					

WATSON, J. L. 1987. *Transgression*. New York: Basic Books.

DATE	LOCAL	DATA
27/03/2017		

MR. PERRO
SANDRA M. PERRO MD / OBSTETRICIAN
SANDRA M. PERRO MD / OBSTETRICIAN
SANDRA M. PERRO MD / OBSTETRICIAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - 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.sogradoralider.com.br

SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	27/03/2017

PLACA
MZF 3552

AVIA / MODELO
TITAN ES

NE CHASSI
C08505814314

PRÊMIO TARIFÁRIO

[illegible]

	TOTAL FERTILIZER NITROGEN REQUIRED (kg)
--	---

DATA DE QUITAÇÃO	
------------------	--

SEURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEB 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 PÉRICIA

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

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

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Jose Rodrigues Neto
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Frentista Identidade: 003.737.926
Endereço: Rua Marechal Hermes, 671 - Bom Jardim - Maracá - RJ

PROCURADOR:

Nome: Maria Felma Kelly de Figueiredo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Funcionária Pública Identidade: 1.653.927
CPF: 032.395.204-60
Endereço: Rua Marechal Hermes 671 - Bom Jardim - Maracá - 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, Sincors 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

Jose Rodrigues Neto
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

